

# **ACHTERAF BEZIEN**

**OVER HET EVALUEREN VAN  
TERBESCHIKKINGSTELLINGEN**

**J.R. NIEMANTSVERDRIET**



# **ACHTERAF BEZIEN**

## **OVER HET EVALUEREN VAN TERBESCHIKKINGSTELLINGEN**

Promotores: Prof.drs. J.G Schnitzler  
Prof.mr. G.J.M. Corstens

Co-promotor: Dr. A.E S. Sijben

## CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Niemantsverdriet, Jan Ronald

Achteraf bezien over het evalueren van  
terbeschikkingstellingen / Jan Ronald Niemantsverdriet. -  
[S.l. : S.n.] (Utrecht : Elinkwijk)  
Proefschrift Nijmegen. - Met lit. opg. - Met samenvatting  
in het Engels.  
ISBN 90-9006491-5  
NUGI 694  
Trefw.: TBS ; evaluatie / gerechtelijke psychiatrie.

© Copyright 1993 J.R. Niemantsverdriet, IJsselstein  
Druk. Elinkwijk, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the author.



In het interview dat deel uitmaakt van het onderzoek waarvan dit proefschrift verslag doet, zegt een voormalige ter beschikking gestelde, veroordeeld wegens een ernstig delict: "Als je niet moet, doe je het niet." Tegelijk vindt hij dat veranderingen voor een groot deel aan zijn eigen inspanningen te danken zijn. Met de oplegging van de maatregel was hij het niet eens. Het zijn kernachtige uitspraken van iemand die een terbeschikkingstelling achteraf beziet. Ze typeren de uiteenlopende opvattingen over de terbeschikkingstelling. De spanning die hiermee wordt aangeduid heeft mij altijd geboeid: mensen in ernstig conflict met hun directe omgeving en met de maatschappij, mensen in wie de maatschappij desondanks bereid is te investeren. De interesse in de effecten van de inspanningen van vele betrokkenen ligt ten grondslag aan het onderwerp dat ik voor deze studie koos. Deze belangstelling is mede gewekt toen ik aan de Rijksuniversiteit Leiden de colleges volgde waarin de zenuwarts mevrouw A.M. Roosenburg, de toenmalige directeur van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, als hoogleraar forensische psychiatrie boeiende gesprekken voerde met patiënten.

De totstandkoming van dit proefschrift is niet mogelijk geweest zonder de medewerking en steun van vele anderen. Allereerst noem ik de royale steun die ik heb ondervonden van mijn werkgever, de Stichting Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Algemeen directeur drs. H.L. Wiertsema heeft het project van het begin af aan van harte gesteund. Ook de toenmalige directeur-psychiater mevrouw drs. L. Courth-van der Plaats en de huidige directeur behandeling dr. J.J.P. Hendrickx stonden erachter. De 'terbeschikkingstelling' van tijd en middelen door de kliniek hebben ertoe bijgedragen het werkstuk tot een goed einde te brengen.

Van de promotiebegeleiders heb ik steeds veel constructieve en stimulerende steun mogen ondervinden. De multidisciplinaire samenstelling van het team sloot aan bij het onderwerp en de aard van de studie. Het was een voorrecht te kunnen profiteren van hun verschillende invalshoeken. Zo waakte promotor prof.drs. J.G. Schnitzler over de forensisch psychiatrische aspecten, terwijl promotor prof.mr. G.J.M. Corstens mij op het juridisch juiste pad wist te houden. De bijdrage van co-promotor dr. A.E.S. Sijben was onmisbaar waar het de onderzoeksopzet en de methodologische aanpak betrof. Met zijn kennis van de praktijk van het forensisch psychiatrisch werk heeft prof.dr. W.J. Berger als intermediair willen optreden bij het overwinnen van diverse moeilijkheden. Wegens het vervallen van zijn ius promovendi in verband met zijn leeftijd kan hij helaas geen promotor zijn.

Het onderzoek is niet mogelijk geweest zonder de medewerking van 'de beoordeelaars': de twintig rechters, advocaten, forensisch psychiaters en -psychologen en stafleden van de kliniek. Ondanks hun drukke werkzaamheden hebben zij zich willen verdiepen in de casuïstiek die ik hen voorlegde. Op één lijn met hen noem ik de achttien oud-patiënten die zich bereid verklaarden in een interview terug te kijken op een voor hen niet altijd gemakkelijke periode in hun leven. De (oud)collega's mevrouw A. Kuipers, mevrouw C.A.M. Persoon, de heer J.H.P.M. van Dokkum en de heer H.G. Habes namen een aantal van deze interviews voor hun rekening.

Oud-collega W.M. van den Bergh heeft gedurende de hele looptijd van het project belangstelling getoond en teksten van commentaar voorzien. Het voorbereidend werk van een kwart van de casusbeschrijvingen is verricht door de (oud-)collega's R. Cordel en G.A. Kroonstuiver. Aan de invoer van de data en aan het nazien van de drukproeven heeft secretaresse mevrouw A.M. Mulder de nodige tijd besteed. In de fase van de analyse van de data heeft drs. H. van Kemenade van het Utrechtse bureau PCA mij bijgestaan bij de statistische bewerking. Op verschillende momenten hebben ook de collega's mevrouw dr. J.T.T.M. Feldbrugge en dr. F.C.H. Derks nuttige bijdragen geleverd. In de fase van het bijschaven van het manuscript is mevrouw drs. M.S.A. Pillen-Wissema mij behulpzaam geweest door als buitenstaander de tekst kritisch te lezen en suggesties te doen. De heer H.F. Boegborn droeg zorg voor de vertaling van de samenvatting in het Engels; mevrouw W. Boegborn leverde hieraan ook een bijdrage.

Eveline, Jeroen, Michiel en Leontien waren er altijd om mij moreel te steunen om het project, dat grotendeels achter de computer vorm moest krijgen en uiteraard invloed had op het gezinsleven, te kunnen uitvoeren.

Jullie allen dank ik hartelijk voor ieders bijdrage!

## VOORWOORD

V

## INHOUDSOPGAVE

VII

### Hoofdstuk 1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

1.1	Het onderwerp van de studie: de terbeschikkingstelling	1
1.2	Het karakter van de terbeschikkingstelling	2
1.3	De formulering van het doel van de terbeschikkingstelling	3
1.3.1	Door de wetgever geformuleerde doelomschrijvingen	3
1.3.2	Doelomschrijvingen in de literatuur	3
1.3.3	Doelomschrijvingen in de rechtspraak	5
1.3.4	Door behandelaars gegeven doelomschrijvingen	6
1.3.5	De verhouding tussen verplegings- en behandelingsdoelen	6
1.4	De betrokken disciplines en belanghebbenden	7
1.5	De relevantie van het doen van onderzoek	8
1.6	Onderzoek naar de terbeschikkingstelling	9
1.6.1	Verschillende soorten onderzoek	9
1.6.2	Effectonderzoek	10
1.6.3	Procesonderzoek	13
1.6.4	Beperkingen van onderzoek op het gebied van de terbeschikkingstelling	14
1.7	De probleemstelling	15
1.8	Het doel en de opzet van het onderhavige onderzoek	16
1.9	De onderzoeksvragen	16
1.10	Opzet van deze publikatie	17

### Hoofdstuk 2 DE METHODE VAN ONDERZOEK

2.1	Het evalueren van wetten	19
2.2	De terbeschikkingstelling als sanctie en als programma	20
2.3	Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg	21
2.4	De aard van het onderzoek	25
2.5	De keuze van de methode van onderzoek	25
2.6	De programma-evaluatieve oriëntatie van de onderzoeksopzet	27
2.7	De aanpassingen en beperkingen van de onderzoeksopzet	27
2.8	De uitwerking van de onderzoeksopzet	28
2.8.1	De onderzoekspopulatie	28
2.8.2	De casusbeschrijvingen	30

2.8.3	De beoordelingen door deskundigen	31
2.8.4	De beoordelingen door de onderzochten zelf	31
2.8.4.1	Het belang van de mening van de oud-patiënten	31
2.8.4.2	Mogelijke bezwaren tegen het interviewen van de oud-patiënten	32
2.9	De onderzoeksopzet samengevat	32

## Hoofdstuk 3 DE UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

3.1	Inleiding	35
3.2	De basisgegevens	35
3.2.1	De codelijst voor de basisgegevens	35
3.2.2	De bronnen voor de basisgegevens	36
3.3	De descriptie van de onderzochte terbeschikkingstellingen	37
3.3.1	De ontwikkeling van de casusbeschrijvingen	37
3.3.1.1	De uitvoering van enkele proefbeschrijvingen	37
3.3.1.2	De definitieve casusbeschrijvingen	37
3.3.1.3	De bronnen voor de casusbeschrijvingen	39
3.3.1.4	Geen follow-up gegevens in de beschrijvingen	41
3.3.1.5	Herkenbaarheid en privacy	41
3.3.1.6	De betrouwbaarheid en validiteit van de casusbeschrijvingen	42
3.4	De beoordelingen van de onderzochte terbeschikkingstellingen	43
3.4.1	Inleiding	43
3.4.2	De methode van materiaalverzameling	43
3.4.3	De ontwikkeling van de vragenlijst	44
3.4.4	De items van de vragenlijst	44
3.4.5	De betrouwbaarheid van de vragenlijst	45
3.4.6	Het benadering van de beoordelaars	45
3.4.7	Het verkrijgen van de beoordelingen	46
3.5	De recidive-gegevens	46
3.6	Het interview met de oud-patiënten	47
3.6.1	De condities voor het interview	47
3.6.2	De ontwikkeling van de vragenlijst voor het interview	48
3.6.3	De interviewers	49
3.6.4	Het opsporen van de oud-patiënten	49
3.6.5	Het afnemen van de interviews	50

## Hoofdstuk 4 DE ONDERZOCHE POPULATIE

4.1	Inleiding	53
4.2	De kliniek van onderzoek: de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek	53
4.3	Vier illustraties van het verloop van terbeschikkingstellingen	56
4.4	Verschuivingen in de populatie ter beschikking gestelden	62
4.5	De onderzochte jaren	62
4.6	Criminaliteit	64
4.6.1	Criminaliteit in verband met de oplegging van de terbeschikkingstelling	64
4.6.2	Criminaliteit voorafgaande aan de terbeschikkingstelling	65

4.6.3	Criminaliteit tijdens de terbeschikkingstelling	66
4.6.4	Criminaliteit na de terbeschikkingstelling	67
4.7	De sociale achtergrond	72
4.8	De behandelingsperiode	73
4.9	Het vertrek uit de kliniek en de periode daarna	74
4.10	De onderzoekspopulatie nader beschouwd	77

## Hoofdstuk 5 DE RESULTATEN VAN DE BEOORDELINGEN

5.1	Inleiding	79
5.2	De beoordelaars	79
5.2.1	De achtergrond van de beoordelaars	79
5.2.2	De samenstelling van het forum van beoordelaars en de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid'	80
5.3	De beoordelingen door de vier disciplines	81
5.3.1	Het analyseren van de beoordelingen	81
5.3.2	De beoordelingen met elkaar in verband gebracht	82
5.3.2.1	Inleiding	82
5.3.2.2	Het informatiegehalte van de casusbeschrijvingen	82
5.3.2.3	De oplegging van de terbeschikkingstelling	83
5.3.2.4	De plaatsing in de behandelingskliniek	84
5.3.2.5	De aanpak van de behandeling	85
5.3.2.6	De terugkeer naar de maatschappij	87
5.3.2.7	De vooruitzichten bij het vertrek uit de kliniek	87
5.3.2.8	De verlengingsprocedures	88
5.3.2.9	De evaluatie van diverse aspecten	89
5.3.3	Samenvatting van de oordelen van de beoordelaars	92
5.3.3.1	De beoordelaars zijn het eens, met gelijke rangorde	93
5.3.3.2	De beoordelaars zijn het eens, met ongelijke rangorde	94
5.3.3.3	De beoordelaars zijn het oneens, met gelijke rangorde	94
5.4	De interviews met de oud-patiënten	95
5.4.1	Inleiding	95
5.4.2	De geïnterviewden als selectie van de onderzoekspopulatie	95
5.4.3	De informatie vooraf over de terbeschikkingstelling	96
5.4.4	De besluitvorming bij de terbeschikkingstelling	97
5.4.4.1	De besluitvorming voorafgaande aan de opname in de kliniek	97
5.4.4.2	De verlengingsprocedures	97
5.4.5	Het doel van de terbeschikkingstelling	97
5.4.6	Het doel van de behandeling	98
5.4.7	Het oordeel over aspecten van de behandeling	98
5.4.8	Het oordeel over de huidige situatie	100
5.4.9	De evaluatie van de maatregel en de behandeling door de oud-patiënten	101
5.4.10	Samenvatting van de oordelen van de oud-patiënten	102
5.5	De beoordelingen en de interviews met elkaar in verband gebracht	104
5.5.1	Aspecten waarover het oordeel gelijk blijft	105
5.5.2	Aspecten waarover het oordeel anders luidt	105

## Hoofdstuk 6 VOORSPELLENDE FACTOREN EN ANDERE VERBANDEN

6.1	Inleiding	107
6.2	Recidive als criterium nader beschouwd	108
6.3	Voorspellingen door de beoordelaars en andere verbanden	109
6.3.1	Het gebruikte analyse-model verklaard	109
6.3.2	Verbanden tussen de beoordelingen en de wijze van vertrek	109
6.3.3	De voorspelling van recidive	110
6.3.4	Andere verbanden tussen beoordeelde aspecten en recidive-criteria	111
6.4	Voorspellingsmodellen met logistische regressie	113
6.4.1	De keuze van de methode van logistische regressie	113
6.4.2	Logistische regressie met proefverlof als criterium	114
6.4.3	Logistische regressie met de reactie-criteria	115
6.4.4	Logistische regressie met de zwaarte-criteria	117

## Hoofdstuk 7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1	Inleiding	119
7.2	De beschrijving van het verloop van de terbeschikkingstelling	119
7.2.1	De bruikbaarheid van de casusbeschrijvingen	119
7.2.2	De casusbeschrijving als onderzoeksinstrument	120
7.3	De beoordelingen door de vier disciplines	120
7.3.1	Conclusies uit de beoordelingen	120
7.3.2	De procedure met betrekking tot de beoordelingen	122
7.4	De oordelen van de onderzochte oud-patiënten	122
7.4.1	Conclusies uit de interviews	122
7.4.2	De procedure met betrekking tot het interview	123
7.4.3	Het interview met de oud-patiënten nader beschouwd	124
7.5	De evaluatie van de onderzochte terbeschikkingstellingen	125
7.5.1	Is bij de onderzochte gevallen vast te stellen welke doelen zijn gesteld en door wie?	125
7.5.2	Is vast te stellen aan welke normen en criteria de gevonden doelen zijn te toetsen?	126
7.5.3	Is inzicht te verkrijgen in de middelen die zijn gehanteerd om de gestelde doelen te bereiken?	127
7.5.4	Is de vraag te beantwoorden of en in welke mate de doelen zijn bereikt?	128
7.5.5	Conclusies over de onderzochte terbeschikkingstellingen	128
7.6	De methode van onderzoek achteraf bezien	129
7.7	Aanbevelingen voor evaluatief onderzoek	132
7.7.1	Inleiding	132
7.7.2	Verbetering van het toegepaste evaluatiemodel	132
7.7.3	Een ander - theoretisch ideaal - evaluatiemodel	133
7.7.4	Aanbevelingen voor ander evaluatief onderzoek	137
7.8	Andere aanbevelingen	138

<b>SAMENVATTING</b>	<b>145</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>155</b>
<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b>	<b>165</b>
<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>167</b>
<b>BIJLAGEN</b>	
A. De screening op systematische verschillen binnen de beoordelaarsgroepen	177
B. Toelichting op het gebruik van de Friedman en Kendall W toetsen	181
C. De rangordening bij de subgroepen over de beoordeelde aspecten	185
D. Voorbeeld van een casusbeschrijving (1)	189
E. Voorbeeld van een casusbeschrijving (2)	199
<b>CURRICULUM VITAE</b>	<b>211</b>





# HOOFDSTUK 1

## INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

### 1.1 Het onderwerp van de studie: de terbeschikkingstelling

Het Nederlandse strafrecht kent in de maatregel van terbeschikkingstelling een strafrechtelijke sanctie van een bijzondere aard. Deze sanctie behelst geen straf maar is een strafrechtelijke maatregel, waarvan het bijzondere karakter wordt gevormd door de combinatie van een beveiligings- en een behandelingsdoel. De maatregel is primair gericht op beveiliging van de maatschappij tegen psychisch gestoorde delinquenten die een ernstig misdrijf hebben gepleegd en van wie verwacht wordt dat zij ook in de toekomst nog een (ernstig) gevaar opleveren.

Vanuit rechtshistorisch perspectief is de geschiedenis van de terbeschikkingstelling uitvoerig en helder beschreven door Hofstee (1987). Op deze plaats kan daarom met een korte aanduiding worden volstaan. De zogenaamde 'psychopatenwetten' (Wet van 28 mei 1925, Stb. 1925, 221 en Besluit van 28 september 1928, Stb. 1928, 386 - het Psychopatenreglement) werden ingevoerd in 1928 en introduceerden de mogelijkheid dat zowel volledig ontoerekeningsvatbare als verminderd toerekeningsvatbare daders ter beschikking van de regering konden worden gesteld om "van harentwege te worden verpleegd", overigens alleen als "het belang van de openbare orde" dat bepaaldelijk vorderde (artt. 37 en 37a Sr. oud).

Van september 1988 trad een wetsherziening in werking (Wet van 19 november 1986, Stb. 1986, 587). De artikelen 37a tot en met 38i en de artikelen 90 quinquies tot en met 90 septies Wetboek van Strafrecht en de artikelen 509f tot en met 509x Wetboek van Strafvordering vormen thans de wettelijke basis. Het Reglement tenuitvoerlegging terbeschikkingstelling (Besluit van 6 juni 1988, Stb. 1988, 282) werkt een en ander nader uit. Het huidige criterium bij de oplegging en de verlenging van de maatregel luidt dat "de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen" het opleggen respectievelijk het verlengen van de maatregel eisen (artt. 37a en 38d Sr.). De terbeschikkingstelling wordt opgelegd door de rechter die telkens na één of twee jaar toetst of voortzetting van de maatregel uit beveiligingsoogpunt nog noodzakelijk is. Als de terbeschikkingstelling vier jaar heeft geduurd is een verlenging alleen mogelijk als het opleggingsdelict een geweldsmisdrijf betreft dat gericht was tegen of gevaar veroorzaakte voor een of meer personen. Ook moet de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen de verlenging eisen (art. 38e Sr.). Tegelijk met de nieuwe wettelijke bepalingen over de oplegging, verlenging en beëindiging (de externe rechtspositie) is de Tijdelijke regeling van de rechtspositie van ter beschikking gestelden (Besluit van 29 januari 1987, Stb. 1987, 55) ingevoerd waarin voorzieningen zijn getroffen met betrekking tot de interne rechtspositie van ter beschikking gestelden. Een dergelijke regeling bestond voordien niet.

De onderhavige studie is gericht op die vorm van terbeschikkingstelling waarbij intramurale verpleging is opgelegd. Het betreft 'onvoorwaardelijke terbeschikkingstellingen van

de regering', die onder de 'oude' wet zijn opgelegd en beëindigd, maar die vergelijkbaar zijn met huidige 'terbeschikkingstellingen met bevel tot verpleging'.

## 1.2 Het karakter van de terbeschikkingstelling

De gevangenisstraf en de terbeschikkingstelling verschillen in een aantal opzichten van elkaar. Hoewel beide hun legitimering vinden in strafbaar gesteld gedrag en preventie beogen, verschillen zij in de weg waarlangs het voorkómen van recidive bereikt zou moeten worden. Bij de gevangenisstraf staat de vrijheidsbeneming als zodanig voorop en daarmee een impliciet beoogde boetedoening en vergelding voor aangedaan leed. De vrijheidsbeneming dient de veiligheid van de maatschappij, in elk geval gedurende de tijd dat de detentie van kracht is. Op korte termijn impliceert ook de terbeschikkingstelling beveiliging door vrijheidsbeneming, doch deze is in tegenstelling tot de gevangenisstraf niet op bestraffing van de delinquent gericht. (In geval van verminderde toerekeningsvatbaarheid kan de rechter overigens naast de terbeschikkingstelling ook gevangenisstraf opleggen.) Bij de terbeschikkingstelling gaat het in het bijzonder om de speciale preventie; de algemeen preventieve bedoeling van het strafrecht heeft juist bij terbeschikking gestelden geen of nauwelijks effect. *Conditio sine qua non* bij de oplegging van de terbeschikkingstelling is de aanwezigheid van een psychische stoornis, in de wet aangeduid als "gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens" ten tijde van het plegen van het strafbare feit waarvan de betrokkene wordt verdacht. De psychische stoornis wordt geacht de mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader te hebben vermindert. De beveiliging van de maatschappij kan eigenlijk alleen worden bereikt als aan de dader - aan wie de rechter een hoog recidive-risico toeschrijft - een intensieve, en indien nodig langdurige, behandeling wordt opgelegd. Voor zijn terugkeer in de maatschappij is vereist dat zijn gedrag zodanig is veranderd dat hij geen gevaar meer oplevert, althans dat hij een minder groot en meer acceptabel risico vormt. Door middel van behandeling wordt derhalve beveiliging op langere termijn beoogd. Bij de terbeschikkingstelling gaat "qua duur en intensiteit maximale vrijheidsbeneming gepaard met maximale zorg" (Machielse, 1981, p.401).

Het onderscheid tussen straffen en maatregelen wordt wel aangeduid met het begrip tweesporen-stelsel of dualisme. Een strafrechtelijke maatregel is evenals de straf verbonden met een strafbaar feit en brengt ook beperkingen, eventueel van de bewegingsvrijheid of in vermogensrechtelijk zin, met zich mee. Bij straf is sprake van een fundamenteel en intrinsiek verband: het delict vormt de onlosmakelijke grondslag. Bij de maatregel is er een occasioneel en extrinsiek verband: het delict is slechts de aanleiding (Jonkers, 1991, IV, p.5). Enschedé (1964, p.69) ziet het aldus dat de straf wordt opgelegd wegens een strafbaar feit en de maatregel naar aanleiding van een strafbaar feit. De Memorie van Antwoord met betrekking tot het wetsvoorstel ter herziening van de terbeschikkingstelling (TK 1980-1981, 11 932, nr. 5, p.4) ziet twee functies van zowel de straf als de maatregel, namelijk een reactie op een schending van de rechtsorde en de algemene en specifieke preventie. Er zijn echter verschillen tussen beide functies. De vrijheidsstraf vervult de eerste functie in de vorm van een persoonlijk verantwoordelijk stellen van de dader. De terbeschikkingstelling daarentegen houdt niet een persoonlijk verantwoordelijk stellen van de dader in, aldus de Memorie van Antwoord.

Kenmerk van een strafrechtelijke maatregel is dat geen leedtoevoeging wordt beoogd. (Niettemin kan een veroordeelde de maatregel wel als leed ervaren.) Jonkers spreekt over het schuldvergeldende karakter van de straf, terwijl de vergelding nu juist bij de maatregel ontbreekt en schuld aan het strafbare feit niet in volle omvang aan de orde is. Kelk & Haffmans verbinden het strafrecht met het vergeldingsrecht en het maatregelenrecht met het sociaal verdedigingsrecht (1986, p.334). Centraal staat dan niet het verwijtbare onrecht, maar de gevaarlijkheid van de dader. Ook dienen hier de regels van rechtvaardigheid en bescherming van de rechten van het individu te gelden. Zij beschouwen de maatregel een van de varianten van het sanctiestelsel (K elk & Haffmans, 1986, p.347). Enschedé (1964) ziet met name in de executiefase geen redenen het onderscheid tussen met name vrijheidsstraf en terbeschikkingstelling te handhaven en pleit daarom ook voor een behandelgevangenis. Ook Van Veen (1991a, 1991b) ontwikkelt gedachten in deze richting. Zowel straf als maatregel vinden hun rechtsgrond in het concrete strafbare feit en mogen dan ook niet de maat die deze rechtsgrond biedt, te boven gaan, zo meent Haffmans (1989, p.10). In dit verband wordt dan ook wel van het "tanende twee-sporen-stelsel" gesproken (K elk & Haffmans, 1986, p.333; Vegter, 1991, p.144). Anderen daarentegen ontleen juist aan de uiteenlopende aard van straffen en maatregelen een argument te blijven vasthouden aan het twee-sporen-stelsel (Overbeek, 1964; Jonkers, 1991, p.5; Hofstee, 1987, p.536-542) of suggereren zelfs een meersporigheid (Balkema & Corstens, 1986, p.305).

### **1.3 De formulering van het doel van de terbeschikkingstelling**

Uit bovenstaande aanduiding van het karakter van de maatregel blijken 'veiligheid' en 'behandeling' wezenlijke elementen van de terbeschikkingstelling te zijn, maar over het relatieve gewicht en de onderlinge verhouding van deze elementen verschillen de opvattingen. Het spanningsveld tussen beide elementen is voor deze studie een belangwekkend thema. Verschil in visie op het karakter van de maatregel brengt met zich mee dat ook de visie op het doel uiteen kan lopen. In de onderhavige publikatie wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het functioneren van de terbeschikkingstelling, hetgeen explicitering van doeleinden van de maatregel vereist. Daarom wordt eerst een aantal doelomschrijvingen besproken.

#### **1.3.1 Door de wetgever geformuleerde doelomschrijvingen**

In artikel 26 Beginselenwet Gevangeniswezen heeft de wetgever als doel gesteld: "Met handhaving van het karakter van de straf of de maatregel wordt hun tenuitvoerlegging mede dienstbaar gemaakt aan de voorbereiding van de terugkeer der gedetineerden in het maatschappelijk leven." Deze richtlijn geldt dus ook voor de maatregel van terbeschikkingstelling. De zinsnede waarmee het 'resocialisatie-artikel' wordt geclausuleerd, namelijk dat het karakter van de straf of maatregel dient te worden gehandhaafd, roept wel de vraag op naar de verhouding tussen beide uitgangspunten (Balkema & Corstens, 1986, p.312). Het is deze verhouding die met name bij de executie van de terbeschikkingstelling aan de orde komt.

De Nota TBR (1970) meent dat de doeleinden van beveiliging en behandeling niet tegenstrijdig zijn. Niettemin kan een zekere spanning bestaan tussen hetgeen enerzijds uit een oogpunt van doelmatige behandeling wenselijk is en anderzijds uit maatschappelijk oogpunt aanvaardbaar wordt geacht. Nagel betreurt het dat in de Nota TBR de functie van

de maatregel niet duidelijk wordt gemaakt, met name niet ten aanzien van haar plaats in het geheel van de strafrechtspleging (Nagel, 1970, p.83-94).

Bij de behandeling van de herziening van de wetgeving stelt de regering in de Nota naar aanleiding van het eindverslag: "Het ingrijpen van de overheid heeft tot doel het beveiligen van de samenleving tegen onaanvaardbare risico's die het gedrag van de betrokkene, zolang het zich niet gewijzigd heeft, oplevert en het teweegebrengen van zodanige gedragsveranderingen, dat hij in de toekomst geen ernstige strafbare feiten meer begaat." (TK 1980-1981, 11 932, nr. 10, p.6). Over het behandelingsaspect uit de regering zich in de Memorie van Antwoord aan de Eerste Kamer. Weliswaar wordt door middel van de behandeling gestreefd naar beveiliging op lange termijn, maar "de behandeling is echter geen doel in zich zelf dat tot oplegging of verlenging van de maatregel legitimeert" (EK 1985-1986, 11 932, nr. 69, p.5).

De Nota TBS (1991) gaat ervan uit dat er een redelijke verhouding dient te bestaan tussen enerzijds de maatregel en de ernst van het opleggingsdelict en anderzijds de maatregel en de ernst van het gevaar waartegen deze bescherming moet bieden. Het doel van de behandeling is dan het opheffen althans tot een verantwoord niveau reduceren van het recidivegevaar (p.59). De regering is van mening dat een goede wettelijke regeling van de interne en externe rechtspositie van ter beschikking gestelden dient te harmoniëren met beveiligings- en behandelingsaspecten. Deze opvatting wordt in de ondertitel tot uitdrukking gebracht: "De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie."

Dat de maatschappelijke veiligheid en het tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau terugbrengen van de risico's als doel zwaar weegt wordt ook in het Eindrapport van de commissie Rechtspositie ter beschikking gestelden naar voren gebracht (Eindrapport Commissie-Haars, MvT, 1987, p.2). Mede op basis hiervan bereidt de regering een Beginselenwet Terbeschikkingstelling voor. Een concept-wetsvoorstel tot die wet werd in 1991 ter advisering aan de forensisch psychiatrische instituten voorgelegd. De gedachten-gang in dat concept is dat de legitimiteit van de maatregel mede wordt bepaald door het rechtsgehalte van de daarbij behorende rechtspositieregeling en dat de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging zoveel mogelijk dienstbaar dient te worden gemaakt aan de behandeling van de verpleegde.

### 1.3.2 Doelomschrijvingen in de literatuur

Niet alleen door de wetgever, maar ook in de literatuur is het behandelingsdoel altijd beschouwd als een bijzonder kenmerk van de terbeschikkingstelling naast beveiligingsdoel. De accenten liggen evenwel verschillend. Van Zeijst & Mevis leiden uit verschillende stukken van de overheid (zoals de Nota Heroverweging Strafrechtstoepassing, TK 1981-1982, 16 625, nr. 47, p.8 en het antwoord van de minister van Justitie op het verslag van de Algemene Rekenkamer 1984, TK 1984-1985, 18 918, nr. 36, p.1 en 2) af dat alleen gesproken wordt over beveiliging op korte termijn door middel van verpleging in een meer of minder gesloten setting en over beveiliging op lange termijn door middel van behandeling. Zij menen dat in deze interpretatie het behandelingsdoel geheel wordt geïncorporeerd in het beveiligingsdoel (Van Zeijst & Mevis, 1989, IX, p.365).

Melai ziet in de beveiligings- en behandelingsdoeleinden, door hem "bescherming van de maatschappij" respectievelijk "resocialisatie" genoemd, geen radicale tegenstelling, maar meent dat zij sterk op elkaar zijn georiënteerd (Melai, 1986, p.66). Van Hattum spreekt zich op historische gronden uit voor het toekennen aan de terbeschikkingstelling

van een therapeutische doel: de dader wordt ter beschikking (van de regering) gesteld "ter verpleging" in een door een geneesheer geleid instituut. Behandeling moet geïndiceerd zijn, anders wordt de maatregel ten onrechte opgelegd en verwordt tot een "bewaring" (Van Hattum, 1965, p.195 e.v.; 1979, p.179 e.v.). Hij bestrijdt daarbij opvattingen van Van der Kwast die het doel van de maatregel primair ziet in de bescherming van derden en niet of slechts in de tweede plaats in behandeling (Van der Kwast, 1978, p.306). Ook Enschedé (1964, p.84) schrijft dat verpleging geen geneeskundige behandeling impliceert. Haffmans stelt dat de begrenzing van de terbeschikkingstelling daarin is gelegen dat een strafrechtelijk sanctie (en dus ook de terbeschikkingstelling) niet mag worden toegepast met het oog op een ander doel dan waarvoor de sanctie is gegeven (Haffmans, 1989, p.92-93).

Hofstee beschouwt de beveiliging van de maatschappij als de "primaire of reële functie" en de verpleging/behandeling als de "secundaire of ideële functie". Voorts ziet Hofstee de verpleging en behandeling "slechts" als middelen waarmee de beveiliging op korte termijn en de beveiliging op langere termijn worden nagestreefd. De maatregel dient enerzijds te worden beëindigd als de veiligheid van de samenleving dit toestaat, ook als de behandeling in technische zin niet volledig is voltooid. Anderzijds dient de terbeschikkingstelling te blijven voortduren zolang de betrokkene onaanvaardbare risico's voor de samenleving oplevert, ook al biedt de behandeling, om welke reden dan ook, geen uitzicht (Hofstee, 1987, p.442-443).

Machielse leidt uit de toelichtingen op het wetsvoorstel ter herziening van de terbeschikkingstelling af dat de regering kennelijk de terbeschikkingstelling beschouwt als een beveiligende maatregel die moet duren zolang gevaar van een bepaald gehalte bestaat, maar die in beginsel niet langer mag duren dan in evenredigheid met het opleggingsdelict kan worden geacht (Machielse, 1981, p.403). Drost & Eggink noemen in dit verband behalve het beveiligings- en behandelingsdoel nog een derde doel, namelijk het voorkómen van disproportionaliteit. Het alternatief van de terbeschikkingstelling zou anders zijn dat een delinquent van wie het onaanvaardbaar wordt geacht dat hij wordt vrijgelaten, terwille van de maatschappelijke veiligheid buitenproportioneel lang moet worden vastgehouden. Het bieden van een adequate behandeling kan een verantwoorde terugkeer in de samenleving versnellen (Drost & Eggink, 1989b, p.391).

### 1.3.3 Doelomschrijvingen in de rechtspraak

Machielse maakt uit een aantal vonnissen op dat de rechterlijke macht geporteerd is voor beveiliging als een belangrijk, zo niet het belangrijkste doel van de maatregel (Machielse, 1981, p.402). Hierbij dient bedacht te worden dat de rechter bij de motivering van het vonnis zich niet altijd expliciet uitlaat over het doel van de sanctie, of over de verhouding van de elementen beveiliging en behandeling. De rechter zal voldoende hebben aan de toepassing van de in de wet gestelde criteria en zich bedienen van de bijpassende formuleringen. Dat de veiligheid voor de rechter voorop staat en in zijn ogen zelfs in het kader van de terbeschikkingstelling niet of niet in voldoende mate kan worden gegarandeerd, blijkt uit het bekende "Zwarte Ruiter"-arrest (HR 10 september 1958, NJ 1958, 5). De Hoge Raad achtte het toelaatbaar dat een verminderd toerekeningsvatbaar verklaarde gevaarlijke delinquent tot vijftien jaar gevangenisstraf werd veroordeeld, gecombineerd met een terbeschikkingstelling, omdat de feitelijke rechter had uitgesproken geen vertrouwen te hebben in de manier waarop de terbeschikkingstelling (op dat moment) ten uitvoer werd gelegd.

Ook om andere redenen laat de rechter soms het veiligheidsdoel prevaleren, waarbij de lange, samen met de terbeschikkingstelling uitgesproken, vrijheidsstraf wordt geacht de veiligheidsgarantie te geven. Bovendien wil de rechter de reactie op de ernst van het gepleegde delict tot uitdrukking brengen. De rechter wil op deze wijze vooraf voorkomen dat de betrokkene na betrekkelijk korte tijd terugkeert in de maatschappij, terwijl behandelaars zulks op een gegeven moment wel verantwoord vinden.

### **1.3.4 Door behandelaars gegeven doelomschrijvingen**

Verschillende forensische behandelaars hebben zich uitgelaten over het doel van de maatregel. Zo stelt Roosenburg dat de ter beschikking gestelde intramuraal behandeld moet worden omdat zijn gedrag dat in wisselwerking met en ook beïnvloed door anderen (zijn netwerk) is ontstaan, te riskant is voor zijn medeburgers. Het doel van de vrijheidsbeneming (en dus de behandeling) zal dan moeten zijn het leren ontwikkelen van minder riskant gedrag, in een onmisbare wisselwerking met zijn netwerk. De ter beschikking gestelde heeft er recht op dat men hem in dit proces zo doelmatig mogelijk bijstaat opdat de vrijheidsbeneming zo kort mogelijk duurt (Roosenburg, 1978, p.98). In verschillende publikaties van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek wordt als doel van de onvrijwillige opname omschreven de patiënten zo "bij te staan bij het ontwikkelen van alternatieve gedragswijzen dat zij op een verantwoordelijke en niet schadelijke manier weer met andere mensen kunnen samenleven." De risico's dienen tot aanvaardbare proporties te zijn teruggebracht (Jaarverslag Kliniek 1978, p.1; Niemantsverdriet & Van der Plaats, 1981, p.1).

Vanuit de visie van een andere behandelingskliniek (Oldenkotte) meent directeur Soesman dat de behandeling niet zozeer tot "genezing van een of andere zielsziekte" moet leiden, maar uiteindelijk tot resocialisatie van de betrokkene wiens criminele a-sociale gedrag in de eerste plaats behandeld moet worden (Soesman, 1985, p.4). Aan het gedwongen karakter van de opname verbindt Blankstein (algemeen directeur van de Prof. mr. W.P.J. Pompekliniek) de doelformulering dat de maatregel niet primair het welzijn of de gezondheid van de patiënt beoogt, maar via een behandelingsaanbod wordt ten behoeve van de zorg voor de maatschappelijke veiligheid op langere termijn beoogd "de betrokkene in positieve, zo men wil genezende, zin te beïnvloeden" (Blankstein, 1985, p.213-214). Ten Wolde geeft als doel van de behandeling van Hoeve Boschoord weer "dat men niet in het oude gedrag vervalt" (Ten Wolde, 1990, p.13). Uit publikaties van de Dr. S. van Mesdagkliniek leiden Drost & Eggink af dat het doel van de behandeling is: te streven naar een situatie, waarin de patiënt in staat is een gezonde relationele ontplooiing en een verdere uitgroei van een reëel, niet-narcistisch zelfgevoel te ontwikkelen waardoor de delictgevaarlijkheid zal verdwijnen (Drost & Eggink, 1989a, p.12). Er is sprake van een innige verstrengeling tussen beveiliging en behandeling en dit duidt op de vele gemeenschappelijke doelen die rechterlijke macht en forensische behandelingsinstituten hebben, zo meent Van Marle (1983, p.23-24) vanuit de optiek van de Dr. S. Van Mesdagkliniek.

### **1.3.5 De verhouding tussen verplegings- en behandelingsdoelen**

Na de voorgaande paragrafen over doelformuleringen is ook een enkele opmerking gewenst over de verhouding tussen verplegings- en behandelingsdoelen. Het gedwongen of beter gezegd, het onvrijwillige, karakter van de opname in een behandelingsinrichting,

betekent niet dat de ter beschikking gestelde zonder meer tot een behandeling kan worden gedwongen. In twee arresten heeft de Hoge Raad overwogen dat in de regel een arts niet gerechtigd is een patiënt een door deze niet gewenste behandeling te doen ondergaan, maar dat er omstandigheden kunnen zijn waarin deze regel uitzondering lijdt. Tot die omstandigheden kan echter niet gerekend worden het enkele feit dat de betrokkene ter beschikking is gesteld (HR 14 juni 1974, NJ 1974, 436 en HR 15 april 1975, NJ 1975, 288). Hiermee werd ook op het gebied van de terbeschikkingstelling de begrenzing van behandeling in een onvrijwillig kader aangegeven; de verpleegde heeft het recht behandeling te weigeren.

Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen 'verpleging' en 'behandeling'. Verpleging slaat in deze visie op het verblijf in een inrichting waartoe het vonnis tot terbeschikkingstelling strekt. Hieraan kan de ter beschikking gestelde zich in feitelijk niet onttrekken. Tot verpleging wordt dan ook gerekend de onontkoombare deelneming aan het dagelijkse leven in de leefgroep waartoe de verpleegde zoveel mogelijk zal dienen te behoren. De behandeling waartegen de ter beschikking gestelde zich wel kan verzetten, slaat dan op de behandelingsmiddelen in engere zin (Haffmans, 1984 en Eindrapport van Commissie-Haars, 1987). Roosenburg daarentegen ziet verpleging en behandeling als min of meer uitwisselbare begrippen en leidt uit het verwarrende spraakgebruik af dat de terbeschikkingstelling kennelijk niet mag strekken tot dwang een behandeling te ondergaan, maar slechts tot dwangverpleging "zonder dat deze term verduidelijkt wordt en ook zonder het doel te noemen dat die verpleging-zonder-behandeling beoogt" (Roosenburg, 1978, p.99). Een andere forensisch psychiater, Van Marle, noemt als onderscheid dat bij behandeling met name beïnvloeding plaatsvindt van het emotionele functioneren, terwijl bij verpleging uitsluitend beïnvloeding plaatsvindt van het functioneren in het hier en nu van het leefmilieu (Van Marle, 1991a).

#### **1.4 De betrokken disciplines en belanghebbenden**

Bij de oplegging en de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling, zijn verschillende disciplines betrokken. Juristen en gedragsdeskundigen treden in verschillende professionele hoedanigheden op, zoals die van deskundige, belangenbehartiger, beslisser of uitvoerder, of in combinaties van deze rollen. De combinatie van juridische en gedragskundige bemoeienis alsook de verschillende doeleinden op legislatief en op executief terrein maken de terbeschikkingstelling tot een complex instituut. De wettelijke constructie van de maatregel maakt samenwerking van de diverse disciplines noodzakelijk. Elke discipline zal opereren vanuit de eigen optiek en met de eigen doeleinden. Zo zal de gedragsdeskundige als voorlichtingsrapporteur aan de hand van vragen van de rechter de psychische gesteldheid van de verdachte ten tijde van het plegen van het delict onderzoeken en een schatting geven van de kans op herhaling. Ook zal hij zijn visie geven over de mogelijkheden van een eventuele behandeling, mogelijk in het kader van een terbeschikkingstelling.

De advocaat pleegt bij de verdediging van verdachten bij wie de verwachting bestaat dat zij ter beschikking gesteld kunnen worden, onder meer de verwachte duur van de terbeschikkingstelling af te wegen tegenover de duur van de vrijheidsstraf in een soortge-lijk geval. Bij verlengingsprocedures zal de advocaat in de duur van de maatregel en de afwezigheid van incidenten, zoals nieuwe delicten of ontvluchtingen, argumenten willen vinden die voor beëindiging pleiten.

Op zijn beurt weegt de rechter maatschappelijke veiligheidsbelangen en persoonlijke vrijheidsbelangen van de ter beschikking gestelde tegen elkaar af: in hoeverre wordt de veiligheid (nog) bedreigd, moet de maatregel worden opgelegd respectievelijk worden voortgezet of juist worden beëindigd? Een bijzonder kenmerk van de terbeschikkingstelling is namelijk dat de rechter via een verlengingsprocedure ook bij de tenuitvoerlegging van de maatregel is betrokken. Aan de hand van adviezen van de behandelaars en eventueel van andere deskundigen dient hij zich een oordeel te vormen over de risico's en de wenselijkheid van een voortzetting.

Als eenmaal een terbeschikkingstelling is opgelegd zal de behandelaar met behandeling in dat kader willen doorgaan totdat naar zijn professionele overtuiging de risico's van herhaling zijn verminderd. Van hem wordt verwacht dat hij veiligheidsbelangen afweegt in relatie met behandelingsbelangen, vooral met het oog op effecten op lange termijn.

Behalve degenen die beroepshalve bij de strafrechtspleging zijn betrokken, komen ook andere burgers met de terbeschikkingstelling in aanraking. Het veiligheidsaspect dat bij de oplegging en de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling centraal staat, refereert nadrukkelijk aan het maatschappelijke belang van alle burgers. In de samenleving roept de maatregel uiteenlopende reacties op. De publieke opinie associeert berichtgeving over 'psychopaten' nog al eens met 'gekke en gevaarlijke delinquenten', die hun straf (ten dele) ontlopen, en door de behandelaars te snel de maatschappij in worden gestuurd. Soms reageren slachtoffers of belangenbehartigers van slachtoffers heftig als ernstige delicten worden gepleegd door (voormalige) ter beschikking gestelden. Ook al zijn deze incidenten uitzonderingen, zij bepalen mede het beeld dat in de maatschappij over de maatregel bestaat.

Voor ter beschikking gestelden zelf houdt de maatregel veelal een jarenlange periode van onzekerheid in: wat gaat er gebeuren, hoe lang gaat het duren, lukt het met betere kansen in de maatschappij terug te komen? Een en ander is mede afhankelijk van de inzet van de betrokkene tijdens de behandelingsperiode. Dat de maatregel diep kan ingrijpen in iemands leven blijkt onder meer uit de neerslag van ervaringen van ter beschikking gestelden in verschillende 'ego-documentaires' zoals "Van Harentwege verpleegd" (Tjakko Roman, 1971), "Linda, het verhaal van een terbeschikkinggestelde" (geen nadere auteurs aanduiding, 1983), in radioprogramma's als "Signalementen van het andere Ik" (1963) en "Je zit hier niet voor zweetvoeten" (Embargo-VPRO, 1978) en in via de televisie uitgezonden films als "Ik ben het zitten zat" (Lex Braamhorst, 1980) en "Terbeschikkinggesteld" (Olivier Koning, 1984). In bovengenoemde bronnen staat de maatregel nog al eens bloot aan kritiek en wordt gewezen op de weinig benijdenswaardige positie van ter beschikking gestelden, vooral gezien de onzekerheid over de tijdsduur van de vrijheidsbeneming en de relatief zwakke bescherming van hun rechtspositie.

## 1.5 De relevantie van het doen van onderzoek

Het typerende van de terbeschikkingstelling is dat deze beveiliging van de maatschappij beoogt door middel van het aanbod van een psychiatrische behandeling. De tenuitvoerlegging vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie, terwijl de praktische uitvoering van de psychiatrische behandeling in het bijzonder het terrein is van de forensische psychiatrie. Daarmee bevindt de terbeschikkingstelling zich tevens op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Zowel ten aanzien van de behandelingsmethoden in de klinische fase als ten aanzien van de begeleidingsmethoden in de ambulante fase zijn er tal van dwarsverbanden tussen de forensische en de algemene geestelijke



gezondheidszorg. In de huidige maatschappelijke discussie over de gezondheidszorg worden meer en meer vragen gesteld over de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen (zie in dit verband onder meer de Nota Kwaliteit van Zorg en het Jaarverslag GIGV 1990). Ook ten aanzien van de forensische psychiatrie geeft de overheid te kennen inspanningen te willen verrichten ten behoeve van kwaliteitsverbetering (zie Nota TBS).

In de media en door diegenen die beroepsmatig met de terbeschikkingstelling te maken hebben wordt regelmatig de vraag gesteld of behandelingsinterventie in dit strafrechtelijk kader resultaat heeft en of het mogelijk is om verandering te brengen in iemands delinquente gedragspatroon. Die belangstelling is niet alleen landelijk, maar ook internationaal bestaat er interesse voor de manier waarop in Nederland een aantal psychisch gestoorde delinquenten wordt behandeld. Enerzijds worden deze vragen in sterke mate ingegeven door het belang van de veiligheid in de maatschappij en anderzijds door het feit dat de maatregel als gevolg van de inherente vrijheidsbeneming en de onvrijwillig opgelegde behandeling diep ingrijpt in het persoonlijk leven van de ter beschikking gestelde. In wezen wordt dan de vraag gesteld naar het functioneren van de terbeschikkingstelling, naar de effectiviteit en doelmatigheid van deze sanctie. Welke doelen worden er in de concrete toepassing mee beoogd en worden deze doelen ook bereikt? In welke mate is dat het geval, en geldt dit voor elke terbeschikkingstelling? Welke criteria dienen gehanteerd te worden bij de beoordeling van de resultaten? Welke inspanningen worden verricht en door wie? Worden deze inspanningen beloond en worden de beschikbare middelen doelmatig aangewend? En ook: op welke manier wordt er rekening gehouden met rechtspositionele belangen van de betrokkenen, zowel van ter beschikking gestelden als van hulpverleners? Welk kwaliteitsniveau wordt vereist en voldoet het systeem daaraan?

Niet alleen voor de maatschappij als geheel, maar in het bijzonder ook voor diegenen die er nauw bij betrokken zijn, is kennis over het functioneren van de terbeschikkingstelling van groot belang. Dat de terbeschikkingstelling qua omvang een bescheiden plaats inneemt zowel in de strafrechtspleging als in de geestelijke gezondheidszorg doet hieraan niets af. In het laatste decennium worden jaarlijks ongeveer honderd terbeschikkingstellingen uitgesproken, terwijl de rechter ongeveer vijftienduizend veroordelingen tot onvoorwaardelijke gevangenisstraf uitspreekt. In de geestelijke gezondheidszorg worden jaarlijks ongeveer vierduizend personen op onvrijwillige basis in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen (op een totaal van ongeveer dertigduizend opnemingen; het aantal inschrijvingen voor ambulante behandelingen bedraagt per jaar ongeveer driehonderduizend). De opnamen op onvrijwillige basis in de GGZ zijn de afgelopen vijf jaar vrij constant gebleven (Jacobs & Bijl, 1991).

## **1.6 Onderzoek naar de terbeschikkingstelling**

### **1.6.1 Verschillende soorten onderzoek**

In tegenstelling tot de eerste veertig jaar na de inwerkingtreding van de terbeschikkingstelling zijn pas na het begin van de jaren zeventig wetenschappelijke studies over de oplegging, toepassing en effectiviteit van de maatregel verschenen. In dit opzicht is de forensische psychiatrie evenwel niet uniek: ook in de geestelijke gezondheidszorg is onderzoek naar effecten van (psycho)therapeutische behandelingen pas van tamelijk recente datum. Alom wordt erkend dat de evaluatie van psychiatrische/therapeutische

interventies methodologisch niet eenvoudig is, hoewel in de laatste decennia op dit terrein voortgang is geboekt. In de vorm van allerlei soorten evaluatieonderzoek is evaluatie van behandelingsprogramma's en behandelingsresultaten in de klinische en ambulante psychiatrische zorg op gang gekomen (Sijben, 1986; Koning & Wagenborg, 1988; Beenackers, 1986; Donker, 1990). De onderzoekers trachten geschikte criteria en methodieken te ontwikkelen om resultaten te meten. Niet alleen op therapeutisch terrein blijkt het moeilijk na te gaan of de beoogde doelen worden bereikt, ook de evaluatie van de uitvoering en de toepassing van wetten staat nog maar in de kinderschoenen. Hierop wordt in hoofdstuk 2 nader ingegaan.

De combinatie van het juridisch georiënteerde beveiligingsdoel en het therapeutisch georiënteerde behandelingsdoel compliceert de sanctie in de dagelijkse praktijk. Ook het doen van onderzoek ondervindt daarvan de gevolgen. Welk vragen zijn relevant voor welke discipline? Op welke wijze dienen welke aspecten onderzocht te worden? De betrokken disciplines hebben elk een eigen achtergrond, denkwijze, jargon en optiek.

De uiteenlopende opvattingen over de maatregel bleken onder meer uit een studie in de vorm van een (post)enquête over opvattingen over de maatregel van terbeschikkingstelling bij leden van de rechterlijke macht en medewerkers van de behandelingsinrichtingen (Van Emmerik, 1984). De rechterlijke macht gaf te kennen aarzelingen te hebben over de door de maatregel geboden veiligheid en over de uiteindelijk goede afloop in de zin van voorkómen van recidive. Vooral de vertegenwoordigers van het openbaar ministerie gaven te kennen meer invloed te willen hebben op de wijze van tenuitvoerlegging. De behandelaars wezen een directe invloed van de rechterlijke macht op de gang van zaken af en waren optimistischer wat betreft de effecten van de behandeling. Een aantal behandelaars gaf aan een meer duidelijke motivering van de rechter bij het opleggen van de maatregel, inclusief de daarbij te bereiken doelen, op prijs te stellen. In soortgelijke zin stelden behandelaars elders dat de behandeling in gunstige zin kan worden beïnvloed indien de verwachtingen uit de omgeving van de patiënt (daarbij inbegrepen het rechtssysteem) zoveel mogelijk gelijkgericht zijn (Van den Bergh, 1983, p.50; Feldbrugge & Niemantsverdriet, 1983, p.43).

De studies die in de afgelopen jaren over de terbeschikkingstelling zijn verschenen zijn te verdelen in publikaties over effecten van de maatregel en in publikaties over de manier waarop in de behandelingssetting wordt gewerkt. Dit onderscheid is grofweg aan te duiden als het verschil tussen extern effectonderzoek respectievelijk intern procesonderzoek. Eerst zal aandacht worden besteed aan enkele effectonderzoeken en vervolgens aan enkele procesonderzoeken.

## **1.6.2 Effectonderzoek**

Bij de bespreking van effectonderzoek zal eerst het criterium voor effect worden gezien. Om welk effect gaat het bij de terbeschikkingstelling? In de hierboven weergegeven verschillende visies op de doeleinden van de maatregel heeft doorgeklonken dat in het achterwege blijven of verminderen van recidive een belangrijk criterium wordt gezien om van effect te kunnen spreken. In een van de eerste pogingen onderzoek te doen naar behandelingsresultaten in de zin van effectonderzoek gaven Jessen (1969) en Jessen & Roosenburg (1971) aan dat op elk criterium wel wat af te dingen is en met getallen te "manipuleren" is. Niettemin kozen ook zij voor het min of meer harde criterium van

recidive (Jessen, 1969, p.174). Jessen & Roosenburg brachten verbanden tussen voorgeschiedenisvariabelen, het al dan niet ongeoorloofd onderbreken van de behandeling en het al dan niet recidiveren aan het licht. Met betrekking tot de groep patiënten die tussen 1955 en 1968 in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek waren opgenomen, kwamen zij op een recidive-percentage van 30%.

Enkele jaren later onderzocht het wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie op verzoek van dezelfde kliniek de 628 voormalige patiënten uit de periode 1955 tot 1977. Dit onderzoek - in het vervolg 'het follow-up onderzoek (van de kliniek)' genoemd - is het eerste grote onderzoek geweest naar resultaten van behandeling in het kader van de terbeschikkingstelling (Van Emmerik, 1982). Dit onderzoek strekte zich niet alleen uit over een grotere populatie dan bij het onderzoek van Jessen & Roosenburg, maar voegde door het interviewen van de helft van de betrokken voormalige patiënten een vrij unieke dimensie toe. Een opmerkelijke uitkomst was dat er een duidelijk onderscheid was tussen degenen die met proefverlof de kliniek hadden verlaten en degenen voor wie dat niet gold. De niet-proefverlofgangers in dat onderzoek waren overgeplaatst naar een andere kliniek, hun terbeschikkingstelling was door de rechter tegen het advies van de kliniek niet verlengd òf zij hadden anderszins voortijdig de kliniek verlaten. Proefverlofgangers hadden een gunstiger voorgeschiedenis, recidiveerden minder en bleken in allerlei opzichten beter in de maatschappij te functioneren dan de niet-proefverlofgangers. Ongeveer de helft van de onderzochte populatie was met proefverlof gegaan, waarvan 30% recidiveerde in de zin dat zij opnieuw voor een misdrijf werden veroordeeld. Van de niet-proefverlofgangers werd 70% opnieuw veroordeeld. Een belangrijke aanvulling op het onderzoek was een reünie met een deel van de ondervraagde oud-patiënten. Op die bijeenkomst bleek eens te meer dat de periode van terbeschikkingstelling op de meeste betrokkenen een grote indruk had gemaakt, dat zij een op de persoon toegesneden behandeling op prijs hadden gesteld en dat zij een goede voorbereiding van de overgang van de kliniek naar de samenleving van groot belang achtten (Wevers, 1983).

Ook de Dr. S. van Mesdagkliniek (Jaarverslag Dr. S. van Mesdagkliniek 1970-1976, p.40) hanteerde het recidive-criterium. Een follow-up onderzoek onder voormalige patiënten van deze kliniek liet bij proefverlofgangers een recidive-percentage van 37% en bij tegen het advies niet-verlengde terbeschikkingstellingen een recidive-percentage van 70% zien (Jaarverslag Dr. S. van Mesdagkliniek 1979-1982).

Enkele jaren na de bovengenoemde onderzoeken verscheen een onderzoek van het WODC onder de titel "TBR en recidive" naar 589 ter beschikking gestelden wier maatregel tussen 1974 en 1979 was beëindigd (Van Emmerik, 1985). Deze studie werd later gevolgd door onderzoek naar recidive-gegevens van 422 voormalige ter beschikking gestelden uit de periode 1979 tot 1983, ditmaal getiteld "TBS en recidive" (Van Emmerik, 1989). Beide onderzoeken bevestigden de trend uit het follow-up onderzoek van de kliniek. Het grote verschil in recidive bij dat onderzoek tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers werd echter niet meer aangetroffen. Het tweede grote WODC-onderzoek uit 1989 actualiseerde het eerste uit 1985 en liet recidive-uitkomsten op eenzelfde niveau zien. In het laatste onderzoek vond Van Emmerik dat 50% van de voormalige ter beschikking gestelden na beëindiging van de maatregel weer veroordeeld was tot een geldboete, een voorwaardelijke gevangenisstraf of maatregel òf tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf. Als alleen de onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen werden geteld, daalde het recidive-cijfer tot 32%. Van Emmerik stelde voor veroordelingen tot onvoorwaardelijke

gevangenisstraffen van langer dan zes maanden en/of een nieuwe terbeschikkingstelling als belangrijk recidive-criterium te beschouwen. Deze sancties kunnen naar zijn mening als een indicatie voor ernstige misdrijven worden beschouwd. In het onderzoek van 1989 werd voor deze categorie een recidive van 22% genoteerd, een stijging ten opzicht van het onderzoek uit 1985, toen 16% voor deze categorie werd geregistreerd. Een verklaring voor de stijging werd gezocht in de 'zwaarder' en 'gewelddadiger' geworden populatie ter beschikking gestelden. Evenals in het follow-up onderzoek van de kliniek kwam ook in beide laatstgenoemde onderzoeken naar voren dat vermogensdelicten het meest voorkwamen en ernstige geweldsdelicten het minst. Gelet op het algemene recidivecijfer van 22% in de zwaarste recidive-categorie en het percentage van 18% voor ernstige geweldsdelicten concludeerde Van Emmerik dat het aantal recidivisten met ernstige delicten op ongeveer 20% moest worden gesteld (Van Emmerik, 1989, p.8).

De meeste recidive bleek voor te komen bij wegens vermogensmisdrijven ter beschikking gestelden, bij de op relatief jonge leeftijd voor het eerst veroordeelden, bij personen die vóór de maatregel relatief vaak waren veroordeeld, bij degenen die relatief veel verschillende soorten delicten hadden gepleegd en bij degenen die al eerder ter beschikking waren gesteld. Van ter beschikking gestelden die relatief vaak waren overgeplaatst, relatief vaak ongeoorloofd afwezig waren en van wie de maatregel tegen het advies van de inrichting werd beëindigd, had een groter aantal personen opnieuw een misdrijf gepleegd. De drie bovengenoemde onderzoeken van Van Emmerik lieten zien dat 'ongeoorloofde afwezigheden', het zich onttrekken aan de behandeling - veelal door tijdens verloven weg te blijven - niet ongebruikelijk was, maar dat ernstige criminaliteit in die gevallen klein van omvang was (het onderzoek uit 1989 vermeldde dat 16% van de patiënten ten minste één misdrijf met geweldpleging had gepleegd).

Met betrekking tot behandelingsresultaten van Hoeve Boschoord bouwde Ten Wolde voort op de eerdere follow-up studie over deze inrichting door Spanjersberg (1977) en zocht aansluiting bij de recidive-onderzoeken uit 1985 en 1989 van Van Emmerik (Ten Wolde, 1990). Kenmerkend voor het onderzoek van Hoeve Boschoord was ook het betrekken van de mening van voormalige bewoners, die in de jaren 1980 tot en met 1985 de inrichting hadden verlaten, en van wie het grootste deel (79%) bereid was zich te laten interviewen. Drie kwart van de onderzoeksgroep vertoonde niet meer hetzelfde criminele gedrag dat tot de opname leidde en twee derde vertoonde niet meer een zelfde soort probleemgedrag. Bij 35% van de onderzochten was een nieuwe veroordeling tot onvoorwaardelijke vrijheidsstraf geregistreerd. Bij 10% van de totale groep was dat een vrijheidsstraf van meer dan zes maanden en/of een terbeschikkingstelling. De onderzoekster betrok niet alleen de recidive-gegevens bij de weergave van de resultaten, ook de sociale redzaamheid werd in kaart gebracht. Bij een derde deel van de totale onderzoeksgroep was geen verandering te constateren, bij ruim een derde deel een redelijke verbetering en bij bijna een derde deel een aanzienlijke gedragsverandering ten goede. De gedragsverandering werd door de helft van de onderzochten toegeschreven aan de behandeling, een kwart zei niets geleerd te hebben.

Tenslotte worden nog enkele andere onderzoeken genoemd. Naar aanleiding van enkele ernstige misdrijven gepleegd door wegens seksuele delicten ter beschikking gestelden diepten Van Emmerik & Brouwer nader de achtergronden en recidive-gegevens van deze populatie uit. Hiertoe putten zij mede uit het materiaal van het recidive-onderzoek uit 1989 (Van Emmerik & Brouwers, 1989 en 1990).

Hamers liet in zijn proefschrift een kritisch en somber licht schijnen over de mogelijkheden en beperkingen van de terbeschikkingstelling, waarbij hij zich baseerde op gegevens uit een periode die niet meer vergelijkbaar was met de situatie in de tachtiger jaren (Hamers, 1986).

Over de populatie die tussen 1970 en 1979 de Dr. S. van Mesdagkliniek verliet publiceerden Drost & Eggink verschillende gegevens (Drost & Eggink, 1985, 1989a en 1989b). Hiertoe behoorden nog geen recidive-gegevens over de periode na het verlaten van deze kliniek. Wel betrof het achtergrondgegevens, gegevens over de duur van de behandeling, het gebruik van verschillende behandelingsmiddelen en de prognose bij vertrek. Ongeveer driekwart van de onderzochten had volgens de behandelaars een min of meer afgeronde behandeling achter de rug had. Een klein aantal behandelingen werd door de behandelaars als niet geslaagd beschouwd en bij 13% had de kliniek weinig fiducia in de goede afloop in de zin van kans op recidive. De onderzoekers kwalificeerden beveiliging op korte termijn (tijdens de opname) als redelijk: er konden weinig ernstige delicten geconstateerd worden tijdens de veelal legale afwezigheden buiten de kliniek.

Een aparte vermelding verdient het proefschrift van De Boer (1990) over partnerdoders, waarin een specifieke groep delinquenten werd onderzocht van wie een aantal ter beschikking was gesteld. Ook De Boer nam recidive als maat voor effect van vormen van therapeutische interventie. In zoverre kan de studie van De Boer tot de effectstudies worden gerekend.

### **1.6.3 Procesonderzoek**

Over allerlei aspecten van forensisch psychiatrische behandelingen zijn publikaties verschenen, met name van de hand van in deze setting werkzame personen. Het karakter van procesonderzoek hebben, zonder hier uitputtend te zijn, onder meer de proefschriften van Jessen (1967) en Feldbrugge (1986). Jessen introduceerde de term 'ongeeoorloofde afwezigheid' naar aanleiding van de diverse vormen waarin patiënten zich aan de behandeling weten te onttrekken en onderzocht de achtergronden. Feldbrugge onderzocht het verschijnsel van stagnaties die in interactie met de patiënt tijdens de behandeling kunnen optreden en vaak een herhaling betekenen van het vroegere problematische gedrag. Drost onderzocht in haar proefschrift verlengingsbeslissingen (1991) en Winkels wijdde haar dissertatie aan de toepassing van dwangmiddelen in een forensisch psychiatrische kliniek (1991).

Hiernaast kan een aantal descriptieve studies worden genoemd die niet het karakter van procesonderzoek in zuiver vorm hebben. Het zijn publikaties over algemene aspecten van de behandeling in een forensisch psychiatrische kliniek (Blankstein, 1979; Van Marle, 1986) of publikaties over therapeutische ervaringen (Van Manen, 1983; Vodegel & Van Beek, 1986; Van Marle, 1988 en 1989; Kröger, 1989; Blokland & Wassenberg, 1989). Ook over specifieke onderwerpen zoals de behandeling van seksuele delinquenten is gepubliceerd (Boerwinkel & Van Beek, 1988; Mulder, 1989; Van Beek, 1989; Van Beek & Mulder, 1991 en 1992).

#### 1.6.4 Beperkingen van onderzoek op het gebied van de terbeschikkingstelling

Het bovengenoemde korte overzicht van onderzoeken op het terrein van de terbeschikkingstelling illustreert dat de situatie heden ten dage nog niet veel veranderd is vergeleken met de situatie in 1985 toen de Algemene Rekenkamer in haar Jaarverslag het ontbreken van betrouwbare gegevens over effecten van de maatregel als een gemis signaleerde. Opgemerkt werd toen dat onvoldoende informatie beschikbaar was om een volledig beeld te vormen van de resultaten van de maatregel en dat het wel beschikbare fragmentarische beeld vrij negatief was (Verslag van de Algemene Rekenkamer over 1984, TK 1984-1985, 18 918, nrs. 1-3, p.70-77). De minister van Justitie repliceerde hierop dat het effect van het beveiligingsdoel op korte termijn vrij gemakkelijk is te achterhalen op grond van studies naar ongeoorloofde afwezigheden en tijdens de verpleging gepleegde delicten. Effecten op lange termijn zijn echter niet zo eenvoudig te achterhalen respectievelijk te beschrijven. Ook in het buitenland is nog niet een geschikte methode ontwikkeld om resultaten van een dergelijke behandeling te meten, zo meende de minister. Tot dan toe waren inderdaad alleen maar meer of minder fragmentarische statistische gegevens bekend geworden (Reactie minister van Justitie op 17 juli 1985 op vragen van de Commissie van Rijksuitgaven uit de Tweede Kamer van 30 mei 1985 betreffende het verslag van de Algemene Rekenkamer over 1984).

De aangehaalde effectonderzoeken kenden een aantal beperkingen, voor een deel inherent aan dit type van onderzoek. In de eerste plaats hebben zij zich vooral gericht op recidive van voormalige ter beschikking gestelden. Gezien het belang dat door de maatschappij aan het veiligheidsdoel wordt gehecht, is het nagaan of en in welke mate door de betrokkenen opnieuw delicten worden gepleegd stellig een belangrijk criterium. In dit opzet onderscheiden deze onderzoeken zich wel van evaluatie-onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg dat veelal gericht is op het latere psychische en sociale functioneren van de behandelenden, hun welbevinden en eventuele hernieuwde hulpverleningscontacten. In de follow-up onderzoeken van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en van Hoeve Bosch-oord is overigens aan dit aspect wel aandacht besteed.

In de tweede plaats hebben zij gemeen dat zij retrospectief van aard zijn geweest. Geen enkele studie kende een longitudinale opzet waarbij over een langere periode vanaf het begin van de terbeschikkingstelling systematisch gegevens waren verzameld. Dit gebrek aan een fundamentele en structurele opzet beïnvloedde de uitkomsten en de kwaliteit van de studies in nadelige zin. Voor het verzamelen en analyseren van recidivegegevens is een retrospectieve opzet nog verdedigbaar indien de analyse beperkt blijft tot het in verband brengen van recidives met gegevens over de periode voorafgaand aan de maatregel. Het wordt problematischer als de bedoeling is verbanden te leggen met behandelingsgegevens. Hier weekt zich het feit dat de vastlegging van deze gegevens over het algemeen alleen tot doel heeft om de behandeling te ondersteunen en veelal niet om onderzoek te verrichten.

In de derde plaats moet in aansluiting op de hierboven genoemde beperking geconstateerd worden dat de forensisch psychiatrische behandeling zelf nauwelijks is onderzocht. Uit het follow-up onderzoek had de kliniek graag het inzicht willen vergroten in de aard van de behandeling, in het latere sociale functioneren van de oud-patiënten en in de samenhang tussen deze aspecten. Ook bestond de wens meer inzicht te verwerven in de problematiek van gelijktijdigheid en opeenvolging in het aanbieden van behandelingsmiddelen. Bij de uitvoering van het onderzoek moest, tot teleurstelling van de kliniek, de

behandeling in engere zin als 'black box' echter buiten beschouwing blijven. De gegevens waren voor het doen van onderzoek moeilijk toegankelijk (Jaarverslag Kliniek 1981, p.1-2, Van Emmerik, 1982, p.92).

In de vierde - niet onbelangrijke - plaats is een tekortkoming van de beschreven onderzoeken dat duidelijke normen en criteria ontbreken op grond waarvan nagegaan kan worden in hoeverre de doelen van de maatregel worden bereikt. In het follow-up onderzoek van de kliniek stelde de onderzoeker dat het ontbreken van duidelijke doelstellingen en criteria een evaluatie van de behandeling zelf in dat onderzoek had belemmerd (Van Emmerik, 1982, p.84). Formuleren als "de openbare orde" (in de oude wet) en "de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen" (in de nieuwe wet) zijn te beschouwen als gevaarscriteria. De concretisering wordt veelal gezocht in recidive met een ernstig misdrijf. Het is echter de vraag of geregistreerde recidive - op zichzelf al een minder hard gegeven aangezien een 'dark number' moet worden verondersteld - voldoende is. Bovendien is niet aanstonds duidelijk welk gewicht moet worden gehecht aan de soort, de omvang en de ernst van de recidive. Hoe moet recidive met een winkeldiefstal door iemand die wegens verkrachting ter beschikking was gesteld, worden opgevat? Zijn ook andere criteria denkbaar? Aan welke criteria met betrekking tot het psychisch en sociaal functioneren moet een ter beschikking gestelde voldoen om te kunnen spreken van een 'succesvolle' terbeschikkingstelling?

De eerdergenoemde procesonderzoeken gaan met name over het klinische forensisch psychiatrische werk. Ervaringen van behandelaars over bepaalde therapievormen, stagnaties in de behandeling of behandeling op bepaalde afdelingen zijn op zichzelf interessant en dragen bij tot vergroting van kennis op het gebied van het behandelen van psychisch gestoorde delinquenten. Sommige studies hebben het karakter van evaluatie-onderzoek. Maar door hun over het algemeen descriptieve, casuïstische en fragmentarische aard geven zij weinig inzicht in al dan niet bereiken van (behandelings)doelen van de terbeschikkingstelling als zodanig. Hun conclusies kunnen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar grotere groepen ter beschikking gestelden.

## 1.7 De probleemstelling

Uit de hierboven beschreven problematiek met betrekking tot karakter, doel en meetbaarheid van effecten van de terbeschikkingstelling en uit het op dit terrein verrichte onderzoek valt af te leiden dat de oplegging en de tenuitvoerlegging van deze beveiligings- en behandelingsmaatregel niet systematisch worden geëvalueerd. De op evaluatie gebaseerde kennis over de terbeschikkingstelling is tot nu toe fragmentarisch gebleven. Een dergelijke evaluatie wordt bemoeilijkt door een gebrek aan een wetenschappelijk verantwoorde en empirisch getoetste evaluatie-methodiek. Op grond van deze constatering wordt de navolgende *probleemstelling* geformuleerd:

Er ontbreekt nog veel inzicht in het functioneren, de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de strafrechtelijke maatregel van terbeschikkingstelling.

Hieruit vloeit de volgende *vraagstelling* voort:

Welke doeleinden worden in de concrete toepassing van terbeschikkingstellingen beoogd en welke toetsingscriteria dienen te worden gehanteerd om de mate waarin doeleinden worden bereikt te kunnen vaststellen? In hoeverre bestaat er ten aanzien van verschillende aspecten consensus tussen diverse betrokken disciplines?

## 1.8 Het doel en de opzet van het onderhavige onderzoek

De onderhavige studie beoogt inzicht te verschaffen in het functioneren van de strafrechtelijke maatregel van terbeschikkingstelling door middel van een empirisch onderzoek naar de toepassing van een aantal terbeschikkingstellingen. Onderwerp van onderzoek vormt het gehele proces van de terbeschikkingstelling: vanaf het plegen van het delict dat tot de oplegging leidde, tot en met de beëindiging van de maatregel. Bij de onderzochte terbeschikkingstellingen wordt getracht na te gaan welke doeleinden door de verschillende actoren zijn gesteld, op welke wijze aan het bereiken van deze doelen is gewerkt en of deze doelen zijn bereikt en zo ja, in welke mate.

Essentiële middelen in het onderzoek zijn beschrijvingen van het verloop van een aantal terbeschikkingstellingen en retrospectieve beoordelingen op grond daarvan door vertegenwoordigers van verschillende bij de oplegging en de tenuitvoerlegging van de maatregel betrokken disciplines. Ter aanvulling wordt hieraan - voor zover mogelijk - de mening van de onderzochte ter beschikking gestelden zelf toegevoegd. Tevens worden verbanden gelegd met een aantal feitelijke variabelen (socio-demografische en criminaliteitsgegevens uit de periodes vóór, tijdens en na de terbeschikkingstelling). Een afgeleide vraag is of het mogelijk is een evaluatiemodel te ontwikkelen met het oog op toekomstig evaluatieonderzoek.

Door de wetgever, in de rechtspraak, in de literatuur en in het forensisch psychiatrisch behandelingsveld wordt algemeen erkend dat de terbeschikkingstelling naast een beveiligingsdoel tevens een behandelingsdoel kent. In toenemende mate wordt aandacht gevraagd voor rechtspositionele en kwaliteitsaspecten van deze vorm van behandeling in een onvrijwillig kader. De opvattingen over de verhouding tussen de elementen: behandeling, beveiliging en rechtsbescherming, lopen echter uiteen, zowel in het dispuut over karakter en doel van de maatregel als ook bij de praktische toepassing. De veronderstelling is gerechtvaardigd dat het hybridische karakter van de maatregel in de praktijk zijn invloed doet gelden. In het onderzoek zal daarom worden nagegaan in hoeverre overeenkomsten en verschillen aanwezig zijn tussen de beoordelingen door verschillende disciplines met betrekking tot doeleinden en effecten van de onderzochte terbeschikkingstellingen. Hierbij wordt uitgegaan van de *hypothese* dat accentverschillen tot uitdrukking komen die zijn terug te voeren op de twee kenmerkende aspecten van de maatregel, namelijk het beveiligings- en het behandelingsaspect. De veronderstelling luidt dat beoordelaars vanuit een juridische optiek het accent meer zullen leggen op het beveiligingsaspect en beoordelaar vanuit een gedragskundige optiek het accent meer zullen leggen op het behandelingsaspect. Bij de oud-patiënten zelf wordt een middenpositie verwacht, omdat zij enerzijds wel erkennen dat zij over de schreef zijn gegaan en behandeling nodig hebben, maar anderzijds vinden dat die behandeling niet te lang moet duren.

## 1.9 De onderzoeksvragen

Met het oog op de vraagstelling worden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd. Zij kunnen in een aantal rubrieken worden ingedeeld:

### *de gehanteerde methode van onderzoek*

- Is het mogelijk de oplegging en de tenuitvoerlegging van een aantal beëindigde terbeschikkingstellingen samenvattend te beschrijven?



- Is het mogelijk op basis van een samenvattende beschrijving achteraf een evaluerende beoordeling te verkrijgen door bij de oplegging en de tenuitvoerlegging van de maatregel betrokken functionarissen?

#### *de beoordelingen achteraf*

- In hoeverre bestaan er overeenkomsten en verschillen in het oordeel achteraf van verschillende disciplines over de onderzochte terbeschikkingstellingen?
- Hoe beoordelen de onderzochte voormalige ter beschikking gestelden achteraf de periode van de terbeschikkingstelling en in hoeverre wijkt hun oordeel af van dat van professioneel betrokkenen?

#### *de evaluatie van de onderzochte casus*

- Is bij de onderzochte gevallen vast te stellen welke doelen zijn gesteld en door wie?
- Is vast te stellen aan welke normen en criteria de gevonden doelen zijn te toetsen?
- Is inzicht te verkrijgen in de middelen die zijn gehanteerd om de gestelde doelen te bereiken?
- Is de vraag te beantwoorden of en in welke mate de doelen zijn bereikt?

#### *aanbevelingen*

- Is het mogelijk een evaluatiemodel te ontwikkelen waarmee de oplegging en de tenuitvoerlegging van terbeschikkingstellingen gestructureerd kunnen worden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld teneinde een optimaal effect te bereiken?
- Kunnen aanbevelingen worden gedaan voor evaluatief onderzoek op het gebied van de terbeschikkingstelling?
- Kunnen nog andere aanbevelingen worden gedaan ter verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van de oplegging en de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling?

### **1.10 Opzet van deze publikatie**

In hoofdstuk 1 zijn de vraagstelling en de onderzoeksvragen uiteengezet. Hoofdstuk 7 gaat na in hoeverre de onderzoeksvragen op grond van de resultaten kunnen worden beantwoord en welke conclusies aan de bevindingen kunnen worden verbonden. Het hoofdstuk besluit met een aantal aanbevelingen. Met name deze beide hoofdstukken worden onder de aandacht van de lezer gebracht.

De lezer die nader in de opzet van het onderzoek is geïnteresseerd, vindt in de hoofdstukken 2 en 3 de beschrijving van de methode van onderzoek en de operationalisatie daarvan. Hoofdstuk 4 geeft een korte schets van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek waarin alle onderzochte ter beschikking gestelden zijn opgenomen geweest. Tevens bevat dit hoofdstuk vier illustraties van het verloop van terbeschikkingstellingen, alsmede de beschrijving van een aantal kenmerken van de onderzochte populatie. De resultaten van de analyses worden in extenso in de hoofdstukken 5 en 6 beschreven. Lezing van deze hoofdstukken is niet noodzakelijk om kennis te nemen van de hoofdzaken van de resultaten, omdat in hoofdstuk 7 de uitkomsten van de analyses in concluderende zin zijn samengevat.



## HOOFDSTUK 2

# DE METHODE VAN ONDERZOEK

### 2.1 Het evalueren van wetten

De probleemstelling van deze studie heeft betrekking op de meetbaarheid van effecten van de toepassing van een van de sancties uit het Wetboek van Strafrecht. Vastgesteld moet worden dat de wetgever niet voorzien heeft in een systematische evaluatie van de toepassing van strafrechtelijke sancties in het algemeen en ook niet van de terbeschikkingstelling in het bijzonder. In de terminologie van wetsevaluatie is ten aanzien van sancties dus geen sprake van 'ex ante-evaluatieonderzoek'.

Vanaf de jaren zestig is vanuit maatschappelijk en beleidsmatig oogpunt geleidelijk aan meer belangstelling gegroeid voor wetsevaluatie. Justitiële Verkenningen wijdde er in 1991 het themanummer "Wetgeven en evalueren" aan. Beleidsmatige aandacht bleek onder meer uit de opdracht van het voor de kwaliteit van wetgeving verantwoordelijke ministerie van Justitie tot het onderzoek "Evaluatie van wetgeving; terugblik en perspectief" (1990). De functie van het bedoelde evaluatie-onderzoek werd door de onderzoekers omschreven als "onderhoud en renovatie van het wetgevingsgebouw". Door middel van een evaluatiebepaling in elke wettelijke regeling zou voorzien kunnen worden in een structurele vorm van evaluatie met het doel inadequate wetgeving aan te passen. Het beleid ten aanzien van de toetsing van (de kwaliteit van) wetgeving heeft de minister van Justitie nader uiteengezet in de Nota "Zicht op wetgeving" (TK 1990-1991, 22 008, nrs.1-2). Evaluatie van de effecten van strafrechtelijke sancties en terugkoppeling naar verandering van wetgeving heeft echter nog maar nauwelijks plaatsgevonden. Als gunstige uitwerking kan hier vermeld worden dat het creëren van alternatieve straffen zoals de dienstverlening en de schadevergoedingsstraf mede het gevolg is van de toegenomen kennis omtrent ongunstige en te vermijden effecten van vrijheidsstraffen.

Het belang van wetsevaluatie mag duidelijk zijn. Wetten die door middel van bepaalde voorschriften beogen gedragingen van burgers, instellingen of ondernemingen in een bepaalde richting te beïnvloeden of nadelige effecten van technieken tegen te gaan, zijn alleen dan doeltreffend te noemen als de toepassing zich conform de bedoeling voltrekt. Evaluatie van wetgevingseffecten is noodzakelijk om eventueel te kunnen bijsturen. Op het gebied van milieu-wetgeving bijvoorbeeld zijn milieu-effectrapportages de eerste systematisch opgezette studies van dergelijke ex ante-evaluaties (Veerman, 1991, p.11). Van te voren wordt een schatting gemaakt van gewenste of ongewenste effecten van een wet. Evaluatie tussentijds of achteraf speelt een structurele rol bij de (verdere) besluitvorming. Een andere mogelijkheid is de bepaling in een wettelijke regeling dat de regeling na een bepaald aantal jaren automatisch vervalt of dat een herziening moet plaatsvinden, een zogenaamd 'horizonartikel'. Naast ex ante-evaluatie wordt ex post-evaluatie te onderscheiden waarbij een wet na de vaststelling en inwerkingtreding wordt geëvalueerd. Een dergelijke evaluatie kan van te voren zijn gepland, maar er kan ook pas achteraf toe zijn besloten.

Een wetsevaluatie kan op verschillende manieren plaatsvinden, zowel ongeorganiseerd als georganiseerd. Wetten hebben een maatschappelijk betekenis en zullen voor en na de totstandkoming over het algemeen besproken worden in de media en de vakpers. Bij de toepassing en interpretatie van wettelijke bepalingen ontstaat jurisprudentie, in zekere zin ook een vorm van evaluatie. Mede op grond van ontwikkelingen in de jurisprudentie worden wetten aangepast. Deze vormen zijn ongeorganiseerd te noemen (Polak, 1987, p.5).

Van een georganiseerd type zijn evaluaties die effecten van wetten of wetsbepalingen min of meer systematisch nagaan. Dit kan de vorm aannemen van het voorschrijf aan een uitvoerende instantie jaarlijks te rapporteren of van de opdracht aan een controlerende instantie van tijd tot tijd het effect van wettelijke regelingen of van overheidshandelen te controleren. Van zo'n controlerende instantie is de Algemene Rekenkamer een voorbeeld. Naast meer beleidsgerichte evaluaties kunnen ook zuiver wetenschappelijke evaluaties worden uitgevoerd (Korsten, 1987, p.14). Aan dergelijke wetsevaluaties kunnen met meer wetenschappelijk gewicht maatschappelijke en beleidsgerichte consequenties worden verbonden.

Een onderzoeksvorm die bij uitstek ontwikkeld is om het realiseren van doelen te evalueren is programma-evaluatie: de evaluatie van het al dan niet bereiken van doelen die met een beleid, een behandeling, een procedure of een instituut worden nagestreefd. Onder 'programma' wordt een breed scala van handelingen of instituten verstaan. Het kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de voorbereiding, de invoering en de uitvoering van een nieuw schoolwerkplan, op de behandeling van patiënten in een gezondheidsinstelling of op verschillende aspecten van wetgeving.

## **2.2 De terbeschikkingstelling als sanctie en als programma**

Zoals gezegd is het evalueren van strafrechtelijke sancties geen gemeengoed. Met het vellen van het vonnis is de zaak veelal afgedaan. De rechter blijft gewoonlijk onkundig van de effecten van zijn uitspraak. De wetgever, verantwoordelijk voor de totstandkoming van strafrechtelijke bepalingen, blijft evenzeer onkundig van deze effecten. Alleen indirect en niet-systematisch raken wetgever en strafrechtstoepassers op de hoogte van de effecten van (de toepassing van) strafrechtelijke bepalingen; bijvoorbeeld via reacties in de media op vonnissen of door criminologisch onderzoek naar effecten van sancties in de vorm van recidive of maatschappelijke gevolgen.

De terbeschikkingstelling vormt in dit opzicht geen uitzondering. Toch is er een verschil wat betreft het verkrijgen van feedback tussen de terbeschikkingstelling en andere sancties zoals vrijheidsstraf en geldboete. De rechter wordt van tijd tot tijd geïnformeerd over de gang van zaken tijdens de executiefase van de maatregel, namelijk wanneer het openbaar ministerie een vordering tot verlenging indient en een verlengingszitting in raadkamer plaatsvindt.

De periode tussen het plegen van het delict dat aanleiding vormde tot de terbeschikkingstelling en de beëindiging daarvan is te beschouwen als een proces waarin tal van gebeurtenissen, beslissingen en handelingen plaatsvinden. Als een verdachte een ernstig delict heeft gepleegd en het vermoeden bestaat dat er sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, kan de rechter-commissaris een ambulante of klinische deskundigenonderzoek vragen. De Psychiatrische Observatie

Kliniek, het Pieter Baan Centrum, te Utrecht, is bij uitstek toegerust voor een dergelijke klinische observatie en rapportage. Op grond van het aldaar verrichte multidisciplinaire onderzoek over de persoon van de verdachte en op grond van informatie van politie, verdachte, getuigen en deskundigen wijst de rechter vonnis. Als een terbeschikkingstelling wordt uitgesproken volgt de selectieprocedure via de advieskliniek voor ter beschikking gestelden, het Dr. F.S. Meijers Instituut, te Utrecht teneinde de veroordeelde in een van de forensisch psychiatrische behandelingsklinieken te plaatsen. Ook tijdens het verblijf in de behandelingskliniek worden allerlei beslissingen genomen, zowel ten aanzien van behandelingsprocessen als ten aanzien van de bewegingsvrijheid van de betrokkenen. Met de beslissing van de officier van justitie geen verlenging meer te vorderen of door de beslissing van de rechter niet te verlengen, komt doorgaans een einde aan het proces.

Samengevat kunnen verschillende fasen worden onderscheiden:

- de fase die voorafgaat aan het plegen van het delict dat uiteindelijk leidt tot de terbeschikkingstelling
- de fase van het voorbereidend onderzoek, waarin forensisch psychiatrische klinische observatie en/of rapportage mogelijk is en tot terbeschikkingstelling kan worden geadviseerd
- de fase van de beslissing over toepassing van de maatregel
- de fase van de selectie naar een behandelingskliniek
- de behandelingsfase in de klinische setting
- de eventuele ambulante fase onder begeleiding van de reclassering
- de fase van de beslissing over beëindiging van de maatregel
- de fase na afloop van de maatregel

Het gehele proces van deze fasen is te beschouwen als een 'programma', waarbij diverse actoren zijn betrokken die op verschillende niveaus en op verschillende momenten beslissingen nemen en handelingen verrichten. Het verwerven van kennis over het functioneren van de terbeschikkingstelling brengt met zich mee het gehele proces, met name vanaf de forensisch psychiatrische rapportage, als 'programma' te beschouwen en te onderzoeken. De kern van onderzoek zal er dan op gericht zijn na te gaan welke doeleinden, welke effecten worden beoogd en of met de inzet van de aangewende middelen deze doelen worden bereikt.

Omdat zoals gezegd op het gebied van de terbeschikkingstelling geen geschikt evaluatiemodel beschikbaar is, komt empirisch onderzoek naar de manier waarop in concrete gevallen de terbeschikkingstelling is toegepast, in aanmerking. Op grond van resultaten van dergelijk onderzoek kunnen uitspraken worden gedaan over het 'programma terbeschikkingstelling'. Gezien de therapeutische context ligt het voor het ontwikkelen van een evaluatiemethodiek voor de hand gebruik te maken van programma-evaluatief onderzoek, afkomstig uit de vergelijkbare setting van de geestelijke gezondheidszorg.

### **2.3 Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg**

In de geestelijke gezondheidszorg is sinds een aantal jaren een onderzoeksmethode in zwang gekomen die voor de ontwikkeling van de onderhavige onderzoeksofzet van belang is geweest, namelijk de methode van programma-evaluatie. Aanvankelijk werd de methode in de V.S. aangeduid als 'evaluation research', later werd het begrip 'program evaluation' gebruikt, in het Nederlands vertaald als 'programma-evaluatie'. Deze methode

richt zich met name op het toetsen van de doeleinden van behandelingsprogramma's in de geestelijke gezondheidszorg. De belangstelling in Nederland is groeiende voor deze meer systematische aanpak van het evalueren van behandelingsinspanningen. Een neerslag daarvan vond onder meer plaats op de conferentie die in 1984 in Nijmegen werd gehouden onder de titel "Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg" (Schipper e.a., 1984).

Programma-evaluatie kan in navolging van Sijben (1986) worden gedefinieerd als "het vaststellen van de waarde van een programma door de effecten van een programma te vergelijken met de doelen die voor dit programma zijn gesteld". Van de vele andere definities wordt hier nog die van Broekman, Schaap & Schippers weergegeven. Zij zien programma-evaluatie als niet meer, maar ook niet minder dan het systematisch evalueren van het functioneren van een programma (Broekman, Schaap & Schippers, 1987). Dekker & Leeuw (1989) hebben de stand van zaken op het gebied van beleids- en programma-evaluaties bondig geïnventariseerd en laten zien dat er vele verschijningsvormen van evaluatief onderzoek bestaan.

De methode van programma-evaluatie dient onderscheiden te worden van effectonderzoek (zie figuur 2.1). Bij (vergelijkend) *effectonderzoek* wordt nagegaan of een bepaalde methode van behandeling van een probleem (bijvoorbeeld het behandelen van het delinquent gedrag van verminderd toerekeningsvatbare daders) beter of slechter is dan een andere methode of andere methoden (bijvoorbeeld opsluiting in een gevangenis, aanbieden van psychotherapie op analytische basis of aanbieden van een sociaal trainingsprogramma). Het doel is om uitspraken te verkrijgen over de effectiviteit van de onderscheiden methoden of programma's. De behandelingsmethoden worden dan opgevat als onafhankelijke variabelen, terwijl de geregistreerde resultaten de afhankelijke variabelen vormen. Als een dergelijk onderzoek zo zuiver mogelijk is uitgevoerd, kunnen verschillen tussen (behandelings)methoden worden vastgesteld. Er wordt dan gesproken van normatief of relatief meten van uitkomsten, omdat de uitkomsten worden gerelateerd aan die van een hele normgroep. Een ander kenmerk van de methode is dat uitkomsten van een op een dergelijke wijze uitgevoerd onderzoek niet rechtstreeks van nut zijn voor de praktijk, in die zin dat geen directe terugkoppeling beschikbaar is voor degenen die het programma uitvoeren of eraan onderworpen worden (Sijben, 1986).

*Programma-evaluatie* daarentegen kan wel van rechtstreeks belang zijn voor de bij het programma betrokkenen, zowel uitvoerders (verwijzers, beslissers, behandelaars) als cliënten of patiënten. De vraag bij deze methode is of het programma of onderdelen ervan optimaal functioneren conform de bedoeling. De taak van de onderzoeker, in dit geval de evaluator genaamd, is niet om de te evalueren situatie te veranderen, maar om (onderdelen van) het programma te evalueren en informatie aan te dragen hoe de praktijksituatie te verbeteren is. De evaluator zal in samenspraak met de programma-uitvoerders de doeleinden van het programma nauwgezet specificeren. Het resultaat dat bereikt dient te worden, het doel van het programma, is te beschouwen als de onafhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is het proces dat door de programma-uitvoerders zodanig wordt gestuurd dat daarmee het gewenste doel, het gestelde criterium, wordt bereikt. Het resultaat wordt dus criterium-georiënteerd getoetst. Er kan tijdens de duur van de programma-evaluatie door de evaluator voortdurend feedback worden gegeven aan de uitvoerders, opdat zij een zo goed mogelijk resultaat kunnen bereiken. In het kader van programma-evaluatie dient de onderzoeker vooral in de rol van observator en registrator

te blijven, hij heeft daardoor slechts een bescheiden en dienende taak in het behandelingsproces (Sijben, 1986).

**Figuur 2.1:** *Verschillen tussen effectonderzoek en programma-evaluatief onderzoek*

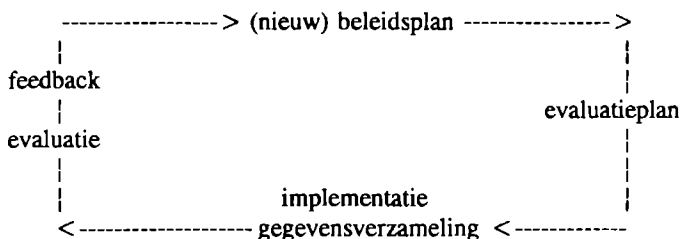
(EFFECT)ONDERZOEK	<---- TYPE	----> (PROGRAMMA-)EVALUATIE
toetsen van theorieën	<---- doel	----> toetsen van effecten
experimenteel	<---- plaats	----> praktijksituatie
(quasi)experimenteel design	<---- methode	----> bestaande behandelingsmethode
gestandaardiseerd	<---- proces	----> geïndividualiseerd
onderzoeksproces	<---- onafhankelijke variabele	----> beoogd behandelingsresultaat
resultaat (verschil voor- /nameting)	<---- afhankelijke variabele	----> behandelingsproces
normatief/relatief	<---- toetsing	----> absoluut/criterium georiënteerd
statistische significantie	<---- waardering	----> klinische relevantie
publicatie (lang)	<---- feedback	----> aan betrokkenen
conclusie gericht	<---- resultaat	----> beslissingsgericht

(naar: Sijben, 1986)

Sijben (1986) zet uiteen welke fasen bij de opzet van een programma-evaluatie zijn te onderscheiden. Het is allereerst de taak van de evaluator om de vraagstellingen en informatiebehoefte te expliciteren. Hij richt zich dus in eerste instantie op de in de praktijk levende vragen. Vervolgens zullen de vragen en doelen moeten worden geoperationaliseerd. In een evaluatieplan zal worden uitgewerkt welke informatie door wie en op welk moment zal worden verzameld. In de derde fase, de zogenaamde implementatiefase, worden meetprocedures ingevoerd. Omdat de voor de programma-evaluatie noodzakelijke registratie plaats zal moeten vinden temidden van bestaande procedures, kunnen in deze fase de nodige weerstanden optreden in de desbetreffende organisatie. In de laatste fase gaat het om de evaluatie en vervolgens de feedback naar de betrokkenen.

Op grond van de bevindingen kunnen nieuwe doelen worden geformuleerd of aanpassingen worden ingevoerd in de bestaande programma's. Het is een continu verlopend proces.

**Figuur 2.2:** *Proces van programma-evaluatie*



(naar: Sijben, 1986)

In de literatuur over onderzoek wordt vaak terecht gesteld dat de onderzoeksvraag van groot belang is. Wat wil de onderzoeker weten? Welke relevantie kunnen de uitkomsten van het onderzoek voor andere betrokkenen hebben? Relevant voor de hier aangestipte problematiek is het eerder genoemde artikel van Broekman, Schaap & Schippers waarin de auteurs stellen dat er verschillende vormen van programma-evaluatie zijn en dat een ideaal type niet bestaat. Wel kan bijvoorbeeld onderscheiden worden of een evaluatie systeem-analyserend, doelgericht, besluitvormend of doel-vrij is. Als theoretisch kader geven zij aan dat het van belang is vast te stellen voor welke groep van het 'auditorium' (het geïnteresseerde forum) de evaluatie in hoofdzaak geschiedt en wat de mogelijkheden tot verandering van het programma zijn. Op basis hiervan moet dan vastgesteld worden wat de functie en het doel van de evaluatie zullen zijn. De functie slaat op de rol die aan de evaluatie is toebedeeld en op het gebruik van de onderzoeksresultaten. Bij de functie kan onderscheid worden gemaakt tussen formatieve en summatieve evaluatie. Onder formatieve evaluatie wordt verstaan dat een continue feedback wordt gegeven ter verbetering van het programma zodat de 'gebruikers' hier meteen van kunnen profiteren. Bij summatieve evaluatie is sprake van bijsturing achteraf op basis van effecten die uit een constaterende en normatief beoordelende evaluatie naar voren zijn gekomen. Deze vorm geeft een min of meer afstandelijke terugkoppeling, vooral aan beleidsmakers en andere geïnteresseerden in de maatschappij.

Het gebruik van onderzoeksresultaten kan, al dan niet in mengvormen, worden onderscheiden in instrumenteel (op basis van de evaluatie kan een bepaald besluit worden genomen of en bepaald probleem worden opgelost), conceptueel (de evaluatie is van invloed op de mening over en/of de kennis omtrent het programma), overredend (de evaluatie kan anderen overtuigen of van dienst zijn bij het onderbouwen van een politieke stellingname) en ter verantwoording (de evaluatie kan dienen tot verslaglegging en/of tot verantwoording aan derden). Het doel van de evaluatie verwijst naar de criteria van de evaluatie en naar de manier waarop de evaluatie wordt opgezet en uitgevoerd. Hiermee worden respectievelijk de externe en de interne validiteit bedoeld. Met externe validiteit wordt bedoeld dat de vaststelling van criteria van belang is voor de vraag of onderzoeksresultaten ook gegeneraliseerd kunnen worden binnen het bestudeerde terrein. De interne validiteit van een onderzoeksonderwerp heeft betrekking op de vraag of de conclusies



inderdaad toe te schrijven zijn aan de onderzochte verschijnselen of processen (Broekman, Schaap & Schippers, 1987, p.156-159).

## **2.4 De aard van het onderzoek**

De vraagstelling in het onderhavige onderzoek omvat de vraag of opgelegde terbeschikkingstellingen in concreto effectief zijn geweest en of de terbeschikkingstelling als zodanig een effectieve maatregel genoemd kan worden. Een andere vraag is of een andere maatregel effectiever, even effectief of minder effectief is. De laatstgenoemde vorm van onderzoek, dat bij psychisch gestoorde delinquenten bijvoorbeeld de effectiviteit van de terbeschikkingstelling zou kunnen vergelijken met de effectiviteit van een andere sanctie, vloeit niet voort uit de probleemstelling van de onderhavige studie. Evenmin wordt met de onderzoeksvragen beoogd de verschillende behandelingswijzen die in het kader van de terbeschikkingstelling worden toegepast, met elkaar te vergelijken.

De onderzoeken van Van Emmerik daarentegen hebben wel het karakter van effectonderzoek. Vooral zijn onderzoeken uit 1985 en 1989 waren gericht op het meten van beveiligingseffecten uitgedrukt in recidive zowel tijdens als na de terbeschikkingstelling. Een direct verband tussen recidive-effecten en behandeling kon de onderzoeker echter niet aantonen. In het onderzoek van 1985 deed de onderzoeker een poging delinquenten met een terbeschikkingstelling te vergelijken met delinquenten met een lange vrijheidsstraf. Op deze manier zouden verschillen tussen 'behandeling' in de terbeschikkingstelling en 'behandeling' tijdens de gevangenisstraf aan het licht kunnen komen. Deze vergelijking was, ook volgens Van Emmerik, eigenlijk niet goed mogelijk omdat de beide groepen onderzochte delinquenten qua achtergronden te zeer verschilden.

Tot effectonderzoek behoort ook de experimentele opzet waarin van te voren een verdeling wordt gemaakt tussen delinquenten die een bepaalde behandeling krijgen aangeboden, terwijl een andere vergelijkbare groep een dergelijke behandeling in het geheel niet krijgt dan wel een andere behandeling ondergaat. Zo'n opzet roept allerlei ethische en andere bezwaren op en is in de Nederlandse praktijk van de strafrechtstoepassing niet goed uitvoerbaar (Van Emmerik, 1985, p.56).

Uit het bovenstaande mag duidelijk zijn dat met het onderhavige onderzoek geen effectonderzoek wordt nagestreefd maar veeleer procesonderzoek. In hoofdstuk 1 is aan deze twee onderzoeksvormen reeds aandacht besteed.

## **2.5 De keuze van de methode van onderzoek**

Onderzoek naar het functioneren, de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de terbeschikkingstelling lijkt gezien de complexiteit het best gediend met een onderzoeksoptzet die van meet af aan het karakter heeft van programma-evaluatie; een opzet die het gehele proces van oplegging, tenuitvoerlegging en beëindiging van terbeschikkingstellingen als programma beschouwt. In een ideale opzet zal een onderzoeker/evaluator, die geen beslissingsverantwoordelijkheid draagt, aan de hand van duidelijke en van te voren geformuleerde doeleinden dit proces voortdurend kunnen evalueren. Programma-evaluatief onderzoek in deze vorm kan een bijdrage leveren aan het optimaliseren van de op verschillende niveaus gestelde doeleinden. Uit systematisch verzameld onderzoeksmateriaal met betrekking tot een aantal individueel gevolgde terbeschikkingstellingen kunnen na verloop van tijd uitspraken worden gegenereerd over het functioneren, de effectiviteit en

de doelmatigheid van de maatregel als sanctie, alsmede over de daarbij toegepaste methodieken. Zo ontstaat de mogelijkheid een oordeel over de kwaliteit van de forensisch psychiatrische zorg meer op empirisch onderzoek te baseren. De resultaten van doorlopend onderzoek kunnen van belang zijn voor beleidsvorming, wetgeving, besluitvorming op het terrein van de strafrechtstoepassing en van de forensische psychiatrie.

Eerder is uiteengezet en in de probleemstelling tot uitdrukking gebracht dat tot nu toe juist een systematisch evaluatie-instrument ontbreekt. De onderhavige studie poogt een bijdrage te leveren tot de ontwikkeling van een algemeen toepasbaar evaluatie-instrument. Dat het thans gepresenteerde onderzoek noodgedwongen beperkt van aard moet zijn, staat hierbij niet in de weg. Gezien de geringe doorstroming van de patiënten in de terbeschikkingstelling zou een prospectief opgezette programma-evaluatie vele jaren van onderzoek vergen. Een groot aantal terbeschikkingstellingen zou longitudinaal gevolgd moeten worden, niet alleen tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel, maar ook gedurende een redelijke tijd daarna. Zo'n onderzoek zou voor één onderzoeker waarschijnlijk te omvangrijk zijn. De noodzakelijke investering zou uitgaan boven de beschikbare tijd, middelen en mogelijkheden.

In deze studie is daarom gekozen voor een retrospectief, descriptief en exploratief onderzoek. Voor dat doel zouden als onderzoeksmiddelen feitelijke beschrijvingen van het verloop van een aantal terbeschikkingstellingen kunnen dienen, alsmede beoordelingen op grond daarvan door verschillende professioneel betrokken functionarissen. Voor zover mogelijk zou daarbij het oordeel van de betrokkenen zelf kunnen worden gevoegd. In combinatie met een aantal daarnaast verzamelde relevante feiten over hun achtergrond en juridische situatie alsmede over hun criminaliteit zouden conclusies getrokken kunnen worden over het al dan niet bereiken van de doeleinden die ten aanzien van de onderzochte terbeschikkingstellingen waren gesteld.

Besloten werd de populatie te beperken tot voormalige ter beschikking gestelden, die wat de klinische fase betreft opgenomen waren geweest in één forensisch psychiatrische kliniek, de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. De keuze van deze kliniek berustte op de omstandigheid dat de onderzoeker als jurist en criminoloog aan de deze kliniek is verbonden (overigens zonder directe banden met de behandelingssector). Met de beperking tot één kliniek werd het nadeel geaccepteerd dat slechts ter beschikking gestelden zouden worden gezien die een behandeling in een setting met een bepaalde behandelingscultuur hadden ondergaan. Uitbreiding van het aantal te onderzoeken terbeschikkingstellingen en verbreding naar andere forensisch psychiatrische behandelingsinstituten zouden de opzet en uitvoering te zeer hebben gecompliceerd.

Het exploratieve en kwalitatieve karakter van het onderzoek maakte de beperking tot veertig casus acceptabel. Met een dergelijk aantal zou het mogelijk zijn statistisch verantwoorde analyses uit te voeren. Het onderzoek pretendeert niet resultaten op te leveren die zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar de terbeschikkingstelling, de ter beschikking gestelde en de onderhavige behandelingskliniek. De keuze van de onderzoeksopzet leent zich daar niet voor. Wel wil het onderzoek een bijdrage leveren aan kwalitatief onderzoek op dit terrein.

## **2.6 De programma-evaluatieve oriëntatie van de onderzoeksopzet**

De consequentie van een retrospectieve opzet is dat een belangrijk kenmerk van een prospectief ingerichte programma-evaluatie ontbreekt: er kan geen regelmatige feedback gegeven worden aan de programma-uitvoerders, in casu diegenen die bij de oplegging, tenuitvoerlegging en beëindiging van de terbeschikkingstelling zijn betrokken. De programma-uitvoerders kunnen de onderzochte terbeschikkingstellingen op basis van een retrospectieve evaluatie niet meer beïnvloeden. Zij zijn immers afgesloten. Achteraf resteert alleen de verslaglegging en kunnen ervaringen en meningen van direct of indirect betrokkenen worden verzameld.

Ook al is de gekozen onderzoeksopzet retrospectief en descriptief van aard, de programma-evaluatieve oriëntatie is evenzeer aanwezig als bij een prospectief opgezet onderzoek. Het belangrijke kenmerken van programma-evaluatie zijn gehandhaafd, want de beantwoording van vragen naar de doelen van het programma, de uitvoering ervan en het bereiken van de doelen is ook in de gekozen opzet het centrale thema.

In de termen van programma-evaluatie (zoals uiteengezet in paragraaf 2.3) kunnen de resultaten wellicht bruikbaar zijn voor bijvoorbeeld behandelaars tijdens de uitvoering van het programma 'de forensisch psychiatrische behandeling' (de formatieve evaluatie) en/of voor bijvoorbeeld de wetgever bij de evaluatie van het programma 'de terbeschikkingstelling' (de summatieve evaluatie). Ten aanzien van het gebruik van de onderzoeksresultaten zal de categorie 'gebruik ter verantwoording', die Broekman en anderen introduceerden, goed toepasbaar kunnen zijn. Ook het instrumentele en conceptuele gebruik kunnen worden onderscheiden.

Het vaststellen van criteria, waarnaar het doel verwijst, zal gezien de retrospectieve opzet gebaseerd moeten zijn op wat in de literatuur en in de bestudeerde praktijk wordt aangetroffen. Met betrekking tot het ontwerp van de evaluatie leidt de beperking van het onderzoek tot een betrekkelijk kleine groep ter beschikking gestelden ertoe dat de externe validiteit (generalisatie van onderzoeksbevindingen naar het hele terrein van de terbeschikkingstelling) wat op de achtergrond blijft. Dit is de consequentie van de gekozen opzet, doch dit is minder bezwaarlijk, omdat het onderzoek met zijn kwalitatieve aanpak meer op 'ontdekking' is gericht dan op 'verificatie', zoals bij een kwantitatieve benadering.

Ondanks de beperkingen met betrekking tot de onderzoekspopulatie en het retrospectieve karakter kunnen de resultaten van de ontwikkelde onderzoeksopzet waardevol zijn. Ook een aan beperkingen onderhevige onderzoeksopzet mag gebruikt worden, mits de opzet en uitvoering verantwoord kunnen worden tegenover en getoetst kunnen worden door het wetenschappelijke en maatschappelijke forum.

## **2.7 De aanpassingen en beperkingen van de onderzoeksopzet**

In de vorige paragraaf is opgemerkt dat de retrospectieve opzet van het onderzoek met zich mee brengt dat de uitkomsten niet direct toepasbaar zijn voor lopende terbeschikkingstellingen. Dit aspect legt ook een andere beperking bloot. Waar een onderzoeker bij een lopend programma kan ingrijpen als zijn materiaalverzameling niet goed loopt (hij kan bijvoorbeeld een meetinstrument bijstellen, behandelaars nader instrueren), kent de retrospectieve aanpak de beperking dat vanuit bestaand en in beginsel afgesloten archiefmateriaal gegevens verzameld moeten worden. Slechts in beperkte mate zullen wellicht

aanvullende gegevens kunnen worden verworven: de desbetreffende informanten zijn niet meer beschikbaar of hebben onvoldoende kennis paraat om ontbrekende gegevens te kunnen leveren.

Aan de hand van de door Sijben genoemde fasering bij programma-evaluatief onderzoek (zie paragraaf 2.3) kunnen ten aanzien van de opzet de volgende aanpassingen worden genoemd:

- Als belangrijke startpunten voor evaluatief onderzoek gelden de vraagstelling en de informatiebehoefte. In hoofdstuk 1 zijn in het forensische en strafrechtelijke veld levende vragen over het doel en de functie van de terbeschikkingstelling genoemd. Uit deze vragen is de vraagstelling afgeleid. In casu is het niet zo geweest dat de evaluator bij een aantal programma-uitvoerders of andere betrokkenen een vraagstelling heeft gepeild, in tegenstelling tot de situatie die zich meestal bij een prospectieve programma-evaluatie voordoet.
- Voor de vaststelling van de doeleinden van het programma geldt een soortgelijke moeilijkheid als bij de vaststelling van de vraagstelling. Dit blijkt onder meer uit de eveneens in hoofdstuk 1 weergegeven uiteenlopende visies op het karakter en het doel van de terbeschikkingstelling. Eenzelfde probleem doet zich voor als in concreto de doeleinden van de terbeschikkingstelling bij de individuele casuïstiek moeten worden vastgesteld. Aan de destijds hierbij betrokkenen - officier van justitie, rechter, behandelaar, ter beschikking gestelde, familie van de ter beschikking gestelde, slachtoffer, en anderen - kan niet eenvoudigweg worden gevraagd naar ieders doel. Anders dan bij de 'gewone' programma-evaluatie zal daarentegen achteraf zoveel mogelijk uit de beschikbare stukken en andere bronnen moeten worden gedistilleerd.
- De opstelling van het evaluatieplan geeft geen problemen, omdat geen beroep gedaan hoeft te worden op programma-uitvoerders voor het verzamelen van gegevens. De gegevens worden in de eerste plaats door de onderzoeker zelf vastgelegd.
- Ook het invoeren van meetprocedures in de implementatiefase levert geen problemen op, omdat de gegevensverzameling en de verdere uitvoering van het onderzoek niet interfereren in bestaande procedures of lopende programma's.
- De fase van evaluatie en feedback is niet rechtstreeks aan de orde. Of en wat betrokkenen eventueel met de resultaten van de studie doen maakt geen deel uit van de evaluatieve opzet als zodanig.

## **2.8 De uitwerking van de onderzoeksopzet**

### **2.8.1 De onderzoekspopulatie**

In paragraaf 2.5 is de keuze beschreven het onderzoek te beperken tot veertig voormalige ter beschikking gestelden die in de Dr. Henri van de Hoeven Kliniek waren opgenomen geweest. Deze keuze hield in dat niet alle oud-patiënten, die in de onderzochte periode in de kliniek ter behandeling waren opgenomen, in aanmerking kwamen voor een steekproef. Oud-patiënten opgenomen in het kader van een jeugdmaatregel of van een gevangenisstraf werden dus terzijde gelaten.

Verder werd besloten de onderzoeksgroep te beperken tot mannelijke oud-patiënten. Hoewel ook vrouwen ter beschikking gesteld worden, is hun aantal in vergelijking met

mannelijke ter beschikking gestelden zeer klein. In de kliniek bedroeg het aantal vrouwelijke patiënten ook in de onderzochte periode nooit meer bedroeg dan 10% van het totaal aantal opgenomen patiënten. Zij zouden derhalve een statistisch onverantwoord kleine groep in de onderzoekspopulatie vormen. In zo'n geval is het verkiezelijk over een wat het geslacht betreft homogene groep te beschikken. Een bijkomend argument is dat de invloed van mogelijke verschillen in behandeling tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten op deze wijze wordt vermeden.

De selectie werd voorts bepaald door de manier waarop zij de kliniek hadden verlaten: nadat een proefverlof tot stand was gekomen òf nadat (nog) geen proefverlof was verleend, maar de rechter de terbeschikkingstelling tegen het advies van de kliniek niet had verlengd. De eerste groep wordt in het vervolg aangeduid als '*proefverlofgangers*' en de tweede groep als '*niet-proefverlofgangers*'. Het feit of al dan niet een proefverlof was gerealiseerd was maatgevend. Het kon uiteraard voorkomen dat tijdens het proefverlof contrair het advies van de kliniek (en/of de reclassering) een einde kwam aan de maatregel. Ook deze oud-patiënten maakten dus deel uit van de groep '*proefverlofgangers*'.

De beperking tot proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers werd verantwoord geacht omdat hiermee die groepen terbeschikkingstellingen werden omvat waarin de polariteit tussen juridische en therapeutische overwegingen, tussen beveiligings- en behandelingsvisie waarschijnlijk het best tot uitdrukking komt. Proefverlof staat voor een geleidelijke overgang van de intramurale naar de extramurale behandeling conform het behandelingsplan. Als geen proefverlof wordt gerealiseerd is over het algemeen geen sprake van zo'n geleidelijke overgang: volgens het behandelingsplan is de betrokkene nog niet toe aan (begeleide) terugkeer in de maatschappij.

Uit het follow-up onderzoek van de kliniek was gebleken dat het al dan niet voorkomen van proefverlof een belangrijk onderscheidend criterium was (Van Emmerik, 1982). In het onderzoek uit 1989 vond Van Emmerik dat bij de populatie van wie de terbeschikkingstelling werd beëindigd tussen 1979 en 1983 ruim de helft (55%) met proefverlof de intramurale fase had afgesloten. Bij de populatie uit de periode 1974 tot 1979 in het onderzoek uit 1985 was dat nog 64%. Het aantal beëindigingen tegen het advies van de behandelingsklinieken was tussen de onderzoeken van 1985 en 1989 gestegen van 20% tot 35%.

De beperking van de indeling in proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers betekende dat geen oud-patiënten bij het onderzoek konden worden betrokken die waren overgeplaatst ter herselectie of na een (langdurige) ontvluchting niet meer terugkeerden. Het betrekken van deze vertrekmodaliteiten zou het onderzoek bovendien in praktische en methodologische zin hebben gecompliceerd. Het was dan namelijk noodzakelijk geweest aandacht te besteden aan de invloed van de herselectie en van de behandelingsmethoden van andere klinieken. Nu moest het nadeel worden geaccepteerd dat herselecties buiten beschouwing zouden blijven, hoewel zij een realiteit zijn bij de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling. Overigens werden tijdelijke overplaatsingen 'ter afkoeling' of herselecties die uiteindelijk leidden tot terugplaatsing wel mede in het onderzoek betrokken. In deze gevallen was herselectie niet de definitieve wijze van vertrek geweest.

Een ander selectiecriterium betrof de follow-up periode. Het verlaten van de kliniek geldt als een belangrijk moment omdat de hulpverleningsstructuur in sterke mate verandert respectievelijk verdwijnt. Het leek gewenst voor zowel proefverlofgangers als niet-

proefverlofgangers uit te gaan van eenzelfde 'exitmoment'. Daar stond tegenover dat de ter beschikking gestelde tijdens een proefverlof nog onder de verplichte begeleiding van de reclassering staat, terwijl hij al in de vrije maatschappij verkeert. De proefverlofperiode kan enkele maanden duren, maar ook enkele jaren. De kans op recidive zou voor proefverlofgangers dan toch anders zijn dan voor niet-proefverlofgangers. Wenselijk was een gelijke follow-up periode voor beide groepen. In aansluiting op onderzoeken van Van Emmerik uit 1985 en 1989 werd besloten een follow-up periode van drie jaar in acht te nemen hetgeen wil zeggen dat minimaal drie jaar verstreken moest zijn vanaf de beëindiging van de maatregel tot het moment waarop de recidive-gegevens zouden worden opgevraagd. De gegevensverzameling uit het Justitiële Documentatieregister zou eind 1989 worden afgesloten. Dit betekende dat in 1986 de laatste terbeschikkingstelling moest zijn beëindigd.

Gezien de duur van de proefverloffase van een deel van de populatie werd 1984 vastgesteld als het jaar waaruit de 'jongste' groep kliniekverlaters moest worden geselecteerd. Vervolgens werd nagegaan hoeveel oud-patiënten in dat jaar en de jaren daarvoor de kliniek verlaten hadden, ofwel met proefverlof ofwel zonder proefverlof nadat de rechter contrair het advies van de kliniek de maatregel niet had verlengd. In de afgebakende vertrekjaren was de verdeling over proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers niet gelijk. Door het trekken van een gestratificeerde steekproef werd er rekening mee gehouden dat het aandeel van proefverlofgangers uit de verschillende vertrekjaren in evenwicht kwam met dat van niet-proefverlofgangers uit dezelfde vertrekjaren. Aldus resulteerde de selectie in veertig voormalige mannelijke ter beschikking gestelden uit de totale groep die de kliniek in de jaren 1980 tot en met 1984 had verlaten. Van deze veertig waren twintig personen met proefverlof gegaan. De andere twintig hadden de kliniek verlaten nadat de rechter tegen het advies van de kliniek de maatregel had beëindigd, zonder dat een proefverlof was gerealiseerd.

## **2.8.2 De casusbeschrijvingen**

Als een feitelijke beschrijving van het verloop van terbeschikkingstellingen de basis zou vormen voor evaluerende beoordelingen, dan zou deze aan een aantal voorwaarden moeten voldoen. De gevalsbeschrijving diende een zakelijke weergave van feiten te bieden met betrekking tot de geschiedenis van de onderzochte voormalige ter beschikking gestelden. Uiteraard dienden de casusbeschrijvingen geanonimiseerd te zijn. Belangrijke elementen daarin zouden dienen te zijn:

- feiten, gebeurtenissen en omstandigheden van betekenis voor de ontwikkeling van de betrokkene
- feiten, gebeurtenissen en omstandigheden van betekenis voor de psycho-sociale en criminele carrière van de betrokkene
- meningen en beslissingen van hulpverlenende en justitiële instanties die met de betrokkene te maken hebben gehad
- tijdsaanduidingen waaruit blijkt op welke leeftijd van betrokkene iets plaats vond of hoelang een bepaalde gebeurtenis duurde

Tegelijk met het samenstellen van de casusbeschrijvingen zou een aantal feitelijke gegevens systematisch moeten worden vastgelegd. In hoofdstuk 3 is de operationalisatie van het verzamelen van deze feitelijke gegevens en van de compositie van casusbeschrijvingen beschreven.

## **2.8.3 De beoordelingen door deskundigen**

Teneinde een oordeel te verkrijgen over het bereiken van de (impliciete en expliciete) doeleinden van de onderzochte terbeschikkingstellingen zouden de gevalsbeschrijvingen ter beoordeling worden voorgelegd aan deskundigen met verschillende professionele achtergronden. Als beoordelaars zouden personen aangetrokken moeten worden die weliswaar rechtstreeks of indirect betrokken zijn of zijn geweest bij de terbeschikkingstelling doch die geen persoonlijke bemoeienis met de onderzochte voormalige ter beschikking gestelden hadden gehad.

In hoofdstuk 1 is stilgestaan bij het karakter van de maatregel en zijn de verschillende aspecten ervan belicht. Zowel bij de ontwikkeling van de doctrine als in de praktijk is duidelijk dat beveiligings-, behandelings- en rechtspositionele elementen een rol spelen. Deze zijn op te vatten als juridisch en gedragskundig georiënteerde elementen. Het lag dan ook voor de hand bij de keuze van de beoordelaars het gewicht van deze disciplines tot uitdrukking te brengen. De opzet zou er daarom als volgt uitzien: elke casusbeschrijving zou worden voorgelegd aan vier deskundigen: twee uit een juridische discipline en twee uit een gedragskundige (gedragswetenschappelijke) discipline. Binnen beide groepen professionals werd nog een tweedeling gemaakt. De juridische beoordelaars zouden enerzijds bestaan uit rechters en anderzijds uit advocaten. De gedragskundige beoordelaars zouden enerzijds gevormd worden door pro justitia rapporterende forensisch psychiaters en -psychologen en anderzijds door behandelaars werkzaam in de forensisch psychiatrische kliniek waarin de onderzochten waren opgenomen geweest. Deze tweede verdeling beoogde het aspect in te voeren van adviseren en beslissen in het proces van de terbeschikkingstelling. De rol van iedere actor wordt hierbij uiteraard vanuit zijn eigen positie en taak gezien. Zo opgevat zijn de advocaten en de forensische gedragsdeskundigen te beschouwen als personen die adviezen uitbrengen, aan de delinquent respectievelijk aan de rechter. De rechters en de behandelaars zijn te beschouwen als personen die rechterlijke respectievelijk behandelingsbeslissingen nemen.

## **2.8.4 De beoordelingen door de onderzochten zelf**

### **2.8.4.1 Het belang van de mening van de oud-patiënten**

Als de mening van de hierboven aangeduide beoordelaars de maatschappij en het behandelingsveld representeert, dan kan de mening van de betrokken oud-patiënten deze complementeren. Dit is dan ook een eerste belangrijke reden geweest in het onderhavige onderzoek ook het oordeel van de onderzochten zelf te betrekken.

In de tweede plaats sluit een dergelijke opzet ook aan bij het behandelingsconcept van de kliniek: bij het stellen van doelen, het kiezen van middelen en regelmatige evaluaties van hetgeen bereikt is, worden patiënten zoveel mogelijk betrokken. Gezien deze werkwijze is het niet zo vreemd om jaren na het vertrek uit de kliniek een oud-patiënt vragen te stellen over de behandelingsperiode, ook al was dit van te voren niet expliciet met hem besproken.

In de derde plaats werd een argument ontleend aan de ervaringen met het interviewen van oud-patiënten tijdens het follow-up onderzoek van de kliniek van 1982. In dat onderzoek bleek het goed mogelijk oud-patiënten jaren na het vertrek te interviewen over hun ervaringen, ook zonder dat van te voren hun bereidheid daartoe was gepeild.

In de vierde plaats werd overwogen dat in weinig criminologisch onderzoek wordt aandacht besteed aan de eigen visie van (voormalige) delinquenten. Bij onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg is het meer gebruikelijk patiënten bij evaluatie-onderzoek te betrekken.

Tenslotte kon in de vijfde plaats als voordeel worden aangevoerd dat de ervaring met het interviewen van oud-patiënten kan bijdragen aan de argumentatie vóór of tegen een dergelijk interview als onderdeel van toekomstig evaluatief onderzoek.

#### **2.8.4.2 Mogelijke bezwaren tegen het interviewen van de oud-patiënten**

Mogelijke bezwaren tegen het interviewen van oud-patiënten zouden vooral voort kunnen komen uit overwegingen in verband met de persoonlijke levenssfeer. Het opsporen van adressen van oud-patiënten zou 'onrust' kunnen veroorzaken in de omgeving van de betrokkenen. Voorts zouden de oud-patiënten het niet op prijs kunnen stellen enkele jaren na afloop van de strafrechtelijke maatregel 'lastig gevallen' te worden met vragen over het verleden. Het geven van expliciete toestemming voor een interview bij het verlaten van de kliniek zou natuurlijk het meest elegant zijn geweest, maar dit was niet het geval geweest. Vanzelfsprekend heeft de oud-patiënt als iedere burger de vrijheid al dan niet op een verzoek tot medewerking in te gaan.

Gezien de mogelijke ongunstige effecten behoort tot de taak van de onderzoeker verantwoord te werk te gaan en een grote mate van zorgvuldigheid te betrachten. Hieronder valt onder meer de zorg voor eventuele nazorg. In het follow-up onderzoek van 1982 was daar in de kliniek ervaring mee opgedaan. In hoofdstuk 3 is de werkwijze nader uiteengezet.

Zorgvuldige bescherming van de persoonlijke levenssfeer van ex-delinquenten kan tot gevolg hebben dat persoonlijke ervaringen en beoordelingen van nauw betrokkenen als belangwekkende gegevens worden gemist. Aan de ene kant kan de vraag worden gesteld of wetenschappelijk onderzoek onder voormalige delinquenten eigenlijk wel goed mogelijk is als de condities in verband met de privacy van betrokkenen zeer strak worden geformuleerd of geïnterpreteerd. Aan de andere kant maakt de justitiële en psychiatrische achtergrond voormalige delinquenten gezien extra gevoelig voor eventuele inbreuken op hun privacy.

Bij het follow-up onderzoek van de kliniek is destijds zorgvuldig afgewogen hoe het belang van het interviewen van oud-patiënten zich verhiel tot de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Over dit aspect werd verantwoording afgelegd, zowel door de minister van Justitie tijdens de behandeling van de Justitiebegroting in de Tweede Kamer in het voorjaar van 1980 als door Van Emmerik in diens eindrapport. Alleen het volledig achterwege laten van dergelijk onderzoek zou het risico van eventuele ongewenste gevolgen kunnen uitsluiten, zo stelden de minister en de onderzoeker.

#### **2.9 De onderzoeksopzet samengevat**

De probleemstelling van de onderhavige studie behelst de vraag naar inzicht in het functioneren van de terbeschikkingstelling. Het onderzoek beoogt meer inzicht te verkrijgen in het functioneren van de maatregel door het beschrijven en evalueren van het verloop van een aantal terbeschikkingstellingen. De maatregel van terbeschikkingstelling is te beschouwen als een 'programma'. De voor dit onderzoek ontwikkelde evaluatieve



aanpak is mede ontleend aan de evaluatietechniek van programma-evaluatie. Het onderzoek is te kenschetsen als een retrospectief, descriptief en exploratief onderzoek met kenmerken van programma-evaluatie. Een belangrijk verschil van de ontwikkelde onderzoeksopzet met programma-evaluatie als evaluatiemethode is dat op grond van praktische overwegingen gekozen is voor een retrospectieve benadering. Dit verschil brengt een aantal beperkingen met zich mee. De basis wordt gevormd door descripties van de voorgeschiedenis, de oplegging van de maatregel, de intra- en extramurale behandeling en de beëindiging van de terbeschikkingstelling van veertig voormalige ter beschikking gestelden die in één en dezelfde forensische behandelingskliniek, de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, zijn opgenomen geweest. Deze casuïstiek wordt ter beoordeling voorgelegd aan een forum van vier bij de maatregel betrokken disciplines. Twee van deze disciplines worden geacht vanuit een juridische optiek te beoordelen (rechters en advocaten) en twee vanuit een gedragskundige optiek (forensische voorlichtingsdeskundigen en forensische behandelaars). De betrokken voormalige ter beschikking gestelden zelf worden ook benaderd teneinde achteraf hun oordeel te vernemen.

In de analysefase - beschreven in de hoofdstukken 5 en 6 - zullen de verzamelde data met elkaar in verband worden gebracht met het doel in de evaluatieve oordelen overeenkomsten en verschillen op het spoor te komen. Ook worden daarbij feitelijke gegevens, zoals over de sociale achtergrond en criminaliteit, betrokken. Tenslotte zal de gehanteerde onderzoeksmethode worden geëvalueerd en zullen aanbevelingen worden gedaan voor nader onderzoek.

In hoofdstuk 3 wordt de operationalisatie van de onderzoeksopzet beschreven. Daarna worden in hoofdstuk 4 de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en een aantal kenmerken van de onderzochte populatie beschreven.



### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken op welke manier de onderzoeksopzet is geoperationaliseerd. De ontwikkeling en het gebruik van de onderzoeksinstrumenten alsmede de werkwijze met betrekking tot van de verzameling van de onderzoeksgegevens worden beschreven. Ten behoeve van het onderzoek zijn de volgende instrumenten ontwikkeld: codelijsten voor het vastleggen van basis- en criminaliteitsgegevens, casusbeschrijvingen en vragenlijsten ten behoeve van de beoordeling van de casus en van het interview met de onderzochte oud-patiënten. In hoofdstuk 7 wordt de waarde van deze instrumenten als onderzoeksmiddelen nader beschouwd.

De onderzoeksmethode bracht met zich mee dat de volgende gegevens zouden moeten worden verzameld:

- a. basisgegevens over de onderzochte personen en hun terbeschikkingstelling: persoonsgegevens, socio-demografische gegevens, (juridische) gegevens over (aanleiding tot) oplegging, tenuitvoerlegging en beëindiging van de maatregel;
- b. descripties van de voorgeschiedenis, de oplegging van de maatregel, de intra- en extramurale behandeling en de beëindiging van de terbeschikkingstelling van de onderzochte personen;
- c. gegevens over de criminaliteit vóór, tijdens en na de terbeschikkingstelling van de onderzochte personen;
- d. beoordelingen over het functioneren van de maatregel door het forum van professionele beoordelaars;
- e. beoordelingen over het functioneren van de maatregel door de betrokken voormalige ter beschikking gestelden zelf;

### 3.2 De basisgegevens

#### 3.2.1 De codelijst voor de basisgegevens

Over de onderzoekspopulatie dienden allerlei gegevens te worden verzameld die als basisgegevens een min of meer 'hard' karakter hebben: gegevens over delicten, leeftijd, de terbeschikkingstelling, verblijfsduur en dergelijke. Deze gegevens zijn in de eerste plaats nodig om de onderzoekspopulatie te kunnen beschrijven en in de tweede plaats bij de analyse van de andere gegevensverzamelingen. Daarnaast kunnen zij worden gebruikt om de onderzochte groep in het perspectief te plaatsen van de totale populatie ter beschikking gestelden uit de onderzochte periode en van de huidige populatie.

Voor de samenstelling van de codelijst met variabelen werd mede gebruik gemaakt van de variabelen die Van Emmerik in zijn onderzoeken had verzameld. De conceptlijsten werden beproefd op enkele dossiers.

### 3.2.2 De bronnen voor de basisgegevens

De basisgegevens werden betrokken uit het dossier dat door de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek wordt bijgehouden, het 'kliniekdossier'. In dit dossier bevindt zich het rapport van het Dr. F.S. Meijers Instituut (in het vervolg wordt de term Selectie Instituut gebruikt zoals deze kliniek in de onderzochte periode nog heette). Het bevat voorts onder meer de door de kliniekstaf vervaardigde voorgeschiedenis, de voorbereidende stukken voor en het verslag van de 'indicatiestaf', (over het algemeen maandelijks) evaluatieverslagen, verlengingsadviezen, correspondentie met verschillende instanties en dagelijkse 'notuleringen' van stafleden. Uit deze documenten wordt de 'status' samengesteld, een document dat per patiënt een samenvattend overzicht geeft van de ontwikkeling in de behandeling. In de artikelen 117-119 van het voormalige Psychopatenreglement en in artikel 33 van het thans vigerende Reglement tenuitvoerlegging terbeschikkingstelling wordt het houden van "aantekeningen" in een particuliere inrichting voorgeschreven (voor de rijksinrichtingen geldt in artikel 134 GM hetzelfde voorschrift). De genoemde reglementen spreken zich niet uit over een termijn waarover gerapporteerd dient te worden. De kliniek heeft in de onderzochte periode deze aantekeningen steeds maandelijks gemaakt; vanaf 1992 is de kliniek overgestapt op een driemaandelijks status. In de status zijn ook overzichtsstukken, zoals verlengingsadviezen, proefverlofvoorstellen aan het ministerie van Justitie en proefverlofverslagen opgenomen. De status telt, als de kliniek vier tot vijf jaar met de patiënt te maken heeft gehad, gewoonlijk ongeveer honderd pagina's.

Met betrekking tot de proefverlofgangers zijn gegevens over de periode na het verblijf in de kliniek aanwezig in de vorm van proefverlofverslagen, maar met betrekking tot de niet-proefverlofgangers ontbreekt informatie over het algemeen of is summier. Dit verschil is uiteraard terug te voeren op de nog verplichte begeleiding van de proefverlofgangers door de reclassering en het ontbreken daarvan bij de niet-proefverlofgangers.

Het was niet mogelijk van te voren de oud-patiënten van de onderzoekspopulatie om toestemming te vragen hun dossier te raadplegen. Zulks was destijds ook niet gebeurd bij het follow-up onderzoek van Van Emmerik bij voormalige patiënten van de kliniek. Hier staat tegenover dat de kliniek gewend is zorgvuldig om te gaan met gegevens die over (oud-)patiënten bekend zijn en op de een of andere manier in het kliniekdossier zijn neergelegd. De kliniek verstrekt geen enkel gegeven dat haar bekend is over een (oud-)patiënt aan derden, tenzij de verstrekking berust op een wettelijk voorschrift. Buiten de laatst genoemde gevallen is een schriftelijke verklaring van toestemming van de (oud-)patiënt vereist. Stafleden zijn gehouden aan hun geheimhoudingsplicht, de gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. De onderzoeker heeft als staflid toegang gehad tot de desbetreffende dossiers. Bovendien zijn de gebruikte gegevens alleen in geanonimiseerde vorm in het onderzoek verwerkt. Het onderhavige onderzoek is aan te merken als een 'intern' onderzoek van de kliniek zelf. In paragraaf 3.3.1.5 komt het privacy-aspect nader aan de orde.

### 3.3 De descriptie van de onderzochte terbeschikkingstellingen

#### 3.3.1 De ontwikkeling van de casusbeschrijvingen

##### 3.3.1.1 De uitvoering van enkele proefbeschrijvingen

In een proeffase werd aan de hand van twee dossiers onderzocht op welke manier de geselecteerde terbeschikkingstellingen zo goed mogelijk konden worden beschreven en welke bronnen zich daarvoor het beste zouden lenen. Voor dit doel viel de keuze op patiënten die betrekkelijk kort daarvoor de kliniek met proefverlof hadden verlaten zodat recente informatie aanwezig was.

De eerste proefbeschrijving bestond uit een schematische en feitelijke opsomming in rubrieken van overwegingen, adviezen en beslissingen in verband met de maatregel. Door het schematische karakter ging de casus niet 'leven' en de rubricering wekte de schijn van feitelijke nauwkeurigheid.

De tweede manier van beschrijving behelsde een zakelijke opsomming in verhalende vorm van gebeurtenissen, gedragingen en adviezen en beslissingen. Met deze manier van beschrijving lukte beter het beeld te schetsen van een levend persoon die gevolgd kon worden in zijn ontwikkeling en zijn problematische gedrag. Bovendien leek de verwachting gerechtvaardigd dat de 'verbindende' tekst tussen de draaipunten van adviezen en beslissingen een meerwaarde aan informatie ten behoeve van een beoordeling achteraf zou opleveren.

De proefbeschrijvingen leerden dat de gevonden formuleringen van doelen en evaluatie van het bereiken van doelen nog al eens in algemene termen waren gesteld en op elkaar leken. Ten aanzien van de doelomschrijving bij de oplegging van de terbeschikkingstelling is dit niet verwonderlijk gezien de wettelijke omschrijving. Maar ook de omschrijvingen van (sub)doelen in het behandelingsproces bleken op zijn minst poly-interpretabel en waren niet altijd op het individu terug te voeren. Voor evaluatieve verslagen gold dezelfde moeilijkheid. Dossieronderzoek zal altijd genoeg moeten nemen met de kwaliteit van het beschikbare materiaal.

##### 3.3.1.2 De definitieve casusbeschrijvingen

Op grond van de bevindingen uit de beide verschillende proefbeschrijvingen werd besloten de verhalende beschrijving in het onderzoek te gebruiken. Uit de inmiddels bepaalde onderzoekspopulatie (zie paragraaf 2.8.1) werden volgens dit model nog twee casus beschreven teneinde de definitieve vormgeving te ontwikkelen. Deze proefbeschrijvingen werden voor een kritisch commentaar voorgelegd aan enkele lezers, werkzaam zowel binnen als buiten de kliniek. Uit de evaluatie van de in totaal vier proefbeschrijvingen bleek dat de casusbeschrijvingen in elk geval *informatie* moesten bevatten over de volgende items:

A. *Beschrijving van familie/gezin waaruit betrokkene afkomstig was:*

- korte karakteristiek vader en moeder
- positie in kinderrij
- eventuele familiale pathologie
- eventuele criminaliteit in familie en reactie van justitie daarop

B. *De jeugdperiode:*

- bijzonderheden betreffende gedrag
- bijzonderheden in verband met schoolopleiding
- eventuele delinquentie
- eventuele interventies van hulpverlening en/of justitie

C. *Verdere ontwikkelingen:*

- relatievorming
- opname in arbeidsproces
- vrijetijdsbesteding
- woonsituatie
- psycho-sociale situatie
- criminaliteit: feiten, justitiële reactie (processen-verbaal, sepots en vonnissen)
- eventuele rapportage van voorlichtende deskundigen: kern van hun bevindingen
- eventuele rapportage van hulpverleningsinstellingen: kern van hun bevindingen

D. *De oplegging van de terbeschikkingstelling:*

- beschrijving van (aanloop tot) delict dat tot oplegging leidde
- advies van voorlichtende deskundigen
- vonnis met eventuele bijzonderheden
- bevindingen en conclusie van het Selectie Instituut (het 'selectie-rapport') met betrekking tot de
- selectie naar de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

E. *Beschrijving van ontwikkelingen tijdens behandeling:*

- hoe stelde betrokkene zich op, had hij eigen doelen?
- welk behandelingsbeleid voerde de staf, welke doelen werden geformuleerd?
- hoe werkte betrokkene aan zijn behandelingsprogramma?
- aan welke activiteiten nam betrokkene deel, met welke inzet en met welk effect?
- hoe verliep het contact met buitenwereld (familie, anderen)?
- vermelding van eventuele criminaliteit, incidenten en reactie daarop

F. *De verlengingsprocedures:*

- de conclusies en adviezen van de kliniek
- de vorderingen van het openbaar ministerie
- de beslissingen van de rechter, zo mogelijk met motivering

G. *Beëindiging verblijf in de kliniek en de periode daarna:*

- welke ontwikkeling leidde tot het voorstel betrokkene met proefverlof te laten gaan?
- op welke manier verliet betrokkene de kliniek (met proefverlof of zonder proefverlof en einde maatregel contrair advies van kliniek)?
- woonomstandigheden, werk, vrije tijd, etc.
- welke begeleiding vond plaats (reclassering/ander hulpverlening)?
- wat is er bekend van het verloop van het proefverlof?
- op welke wijze kwam een einde aan de terbeschikkingstelling?
- welke motivering van de rechter indien de maatregel eindigde contrair het laatste verlengingsadvies?

De *structuur* van de casusbeschrijvingen zag er als volgt uit:

1. voorgeschiedenis
2. oplegging van de terbeschikkingstelling
3. opneming in de behandelingskliniek
  - periode tot eerste verlengingszitting
  - beslissing eerste verlengingszitting
  - idem voor daarop volgende perioden
4. het verlaten van de behandelingskliniek
5. beëindiging van de terbeschikkingstelling
6. de straflijst: processen-verbaal en veroordelingen voorafgaand aan en tijdens de loop van de terbeschikkingstelling

Twee voorbeelden van casusbeschrijvingen, zoals deze werden voorgelegd aan de beoordelaars, zijn als bijlagen D en E opgenomen. De eerste casus betreft een proefverlofganger, de tweede een niet-proefverlofganger.

### 3.3.1.3 De bronnen voor de casusbeschrijvingen

Als bronnen voor de casusbeschrijvingen kwamen het strafdossier, de voorlichtingsrapporten en het kliniekdossier in aanmerking.

#### *- het strafdossier*

Het was de vraag in hoeverre de beschikbaarheid van de oorspronkelijke gerechtelijke stukken relevant zou zijn voor de beschrijving van de casus. En dan vooral met betrekking tot de formulering van doeleinden en de evaluatie van het bereiken van de terbeschikkingstelling. Uit een onderzoek van Feldbrugge & Niemantsverdriet (1983) bleek onder meer dat in de vonnissen over het algemeen geen specifieke motiveringen voorkwamen die vanuit strafrechtelijk gezichtspunt een na te streven doel met de terbeschikkingstelling weergaven. De algemene doelformulering dat "het belang van de openbare orde de oplegging van de maatregel bepaaldelijk vordert", zoals dat ontleend werd aan de destijds vigerende wettelijk omschrijving, is te weinig specifiek te noemen.

De gegevens met betrekking tot de verlengingsprocedures bevinden zich in het strafdossier, maar maken ook deel uit van het kliniekdossier: de verlengingsadviezen van de kliniek, de vorderingen van het openbaar ministerie, de verlengingsbeschikkingen van rechtbank of gerechtshof. Soms is een proces-verbaal van de verlengingszitting in raadkamer toegevoegd. Ook is in het kliniekdossier wel eens een verslag van een verlengingszitting aanwezig, geschreven door het begeleidende staflid of de patiënt zelf. Indien deze informatie het verloop de verlengingsprocedure verduidelijkte, werd ervan gebruik gemaakt.

Voor het onderhavige onderzoek hadden de stukken in het oorspronkelijke strafdossier niet een zodanige meerwaarde dat zij noodzakelijkerwijs gebruikt dienden te worden ten behoeve van een betrouwbare beschrijving van de casus. Het werd op grond van de ervaringen met de proefbeschrijvingen verantwoord geacht uitsluitend uit te gaan van de uitvoerige rapportage van het Selectie Instituut en de tijdens de intake-procedure voor opneming in de kliniek vervaardigde voorgeschiedenis. De aanleiding tot de oplegging van de maatregel wordt uit die stukken in voldoende mate duidelijk.

### *- de voorlichtingsrapporten*

Ten behoeve van de berechting van ter beschikking gestelden worden voorlichtingsrapporten gemaakt. Deze maken deel uit van het persoonsdossier. In veel gevallen is dat het rapport van het Pieter Baan Centrum. Indien geen klinische observatie plaatsvond zal een rapport aanwezig zijn van een ambulant opererende psychiater al dan niet samen met dat van een psycholoog.

In het rapport van het Selectie Instituut wordt een uitvoerige samenvatting gegeven van de beschikbare rapporten, gevolgd door eigen observatie- en selectiegegevens van het Selectie Instituut. Voornamelijk op grond van dit materiaal, en een intake-gesprek dat op basis van deze gegevens met de toekomstige patiënt wordt gevoerd, bereidt de staf van de behandelingskliniek zich voor op de opname. Het selectierapport maakt deel uit van het kliniekdossier omdat het mede is geschreven voor de behandelingskliniek.

Naar aanleiding van de proefcasus werd besloten af te zien van raadpleging van het persoonsdossier met de oorspronkelijke voorlichtingsrapporten. Het werd verantwoord geacht de materiaalverzameling op dit punt vooral op het selectierapport te baseren, gezien de consistentie en het informatieve gehalte van dit rapport. De meerwaarde van het raadplegen van oorspronkelijke voorlichtingsrapporten was voor dit onderzoek gering.

### *- het kliniekdossier*

In de proeffase diende het complete kliniekdossier als informatiebron. De grote hoeveelheid gedetailleerde gegevens in de dagelijkse notuleringen en de maandelijkse status waren op zich nuttig voor het volgen van het behandelingsproces, maar niet strikt nodig voor het volgen van het besluitvormingsproces op verschillende niveaus. Lezing van alle documenten in het kliniekdossier zou wel een aanzienlijk grotere tijdsinvestering, maar geen of nauwelijks meer informatie opleveren.

Daarenboven bleek de kwaliteit van de kliniekdossiers aanzienlijk te verschillen en was sprake van elkaar overlappende informatie. Situaties en beslissingen die destijds wellicht voor de betrokken medewerkers voldoende duidelijk waren geweest, waren dat niet altijd (meer) bij lezing door de onderzoeker als buitenstaander. Soms week de informatie uit verschillende bronnen van elkaar af. Over het algemeen betrof dit geen essentiële gegevens, maar bijvoorbeeld een verschil in tijdsbepaling. In sommige gevallen was het niettemin waardevol eventueel van meer documenten gebruik te kunnen maken.

Het onderhavige onderzoek leverde dezelfde ervaring op als in het follow-up onderzoek van Van Emmerik (1982), namelijk de voor onderzoek moeilijke toegankelijkheid van het dossiermateriaal. Het kliniekdossier is echter primair vervaardigd en gebruikt ten behoeve van de dagelijkse behandelingspraktijk en de verantwoording naar rechterlijke colleges en het ministerie van Justitie. Bij de verslaglegging houdt de kliniek (nog) geen of onvoldoende rekening met de mogelijkheid dat het materiaal voor onderzoeksdoeleinden zou kunnen worden gebruikt. Systematische en wetenschappelijke reflectie op de behandelingsinspanningen worden daardoor echter bemoeilijkt.

De proeffase leerde dat het bestuderen van alle documenten in het kliniekdossier eveneens niet noodzakelijk was om relevante informatie over de behandelingsperiode te verzamelen. Daarom werd besloten als bronnen voor de uiteindelijke materiaalverzameling met name gebruik te maken van:

- het rapport van het Selectie Instituut



- de voorgeschiedenis zoals door de kliniek beschreven als eerste document van de ziektegeschiedenis
- de status, de maandelijkse ziektegeschiedenis (ter aanvulling of verificatie)
- de verlengingsadviezen
- de verlengingsbeschikkingen
- de aanvraag tot proefverlof aan het ministerie van Justitie
- de rapportage van de reclassering in geval van proefverlof
- de correspondentie met externe instanties en met de oud-patiënt

### **3.3.1.4 Geen follow-up gegevens in de beschrijvingen**

De casusbeschrijvingen werden doelbewust beperkt tot de periode voorafgaande aan de veroordeling tot de terbeschikkingstelling en de periode van de tenuitvoerlegging van de maatregel. Gegevens over de periode na de beëindiging van de maatregel werden niet opgenomen. Hiervoor werd de volgende argumentatie gebruikt. Als de officier van justitie geen vordering tot verlenging indient of als de rechter een terbeschikkingstelling niet verlengt, kennen zij op dat moment ook niet de effecten van die beslissing. Hetzelfde geldt voor adviezen en beslissingen van advocaten, forensische gedragsdeskundigen, behandelaars en eventuele andere betrokkenen. Bij het geven van hun oordeel moest vermeden worden dat de beoordelaars beïnvloed zouden worden door kennis over gebeurtenissen ná de beëindiging van de maatregel. Bovendien zou het verkrijgen van voldoende en betrouwbare informatie over die periode op problemen stuiten omdat het contact vanuit de kliniek en/of de reclassering met de voormalige ter beschikking gestelden over het algemeen ophoudt. Gebruikmaking van gegevens uit het interview met de oud-patiënten zou niet alleen vertraging hebben betekend, maar het was reëel ermee rekenen te houden dat niet alle oud-patiënten zich zouden willen laten interviewen.

Een bijkomend argument tegen het opnemen van recidive-gegevens vormde de wetenschap dat het alleen geregistreerde criminaliteit kon betreffen. Vermelding van recidive-gegevens zou slechts één aspect van het maatschappelijk functioneren van de betrokkenen kunnen weergeven. Een dergelijke weergave zou veel eenzijdiger zijn dan de weergave van de geschiedenis van de ter beschikking gestelden in de gepresenteerde descripties. Pas in de analyse-fase zouden de recidive-gegevens, die overigens wél werden verzameld, in het onderzoek worden betrokken. Een interessante vraag is dan of de schatting van risico's door de beoordelaars overeenkomt met de feitelijk geconstateerde recidive.

### **3.3.1.5 Herkenbaarheid en privacy**

De casusbeschrijvingen werden zo ingericht dat zij geen enkele naam en verwijzing naar tijd en plaats bevatten. De periode waarin de terbeschikkingstelling zich had afgespeeld bleef daardoor onvermeld. De onderzochte terbeschikkingstellingen waren opgelegd onder de 'oude' wettelijke regeling van vóór de wijziging van 1988, zonder dat dit gegeven als zodanig bij de lezer van de casus bekend werd gemaakt. Wellicht kon dit voor de beoordeling van belang zijn omdat de opleggingscriteria in de loop van de jaren zijn veranderd. Dit mogelijke nadeel woog niet op tegen het doel van het onderzoek, namelijk feitelijk ten uitvoer gelegde terbeschikkingstellingen te bestuderen. Normen en criteria in de strafrechtstoepassing zullen voortdurend aan verandering onderhevig blijven.

Wat betreft de aanduiding naar plaats werd een uitzondering gemaakt voor (contacten) met instellingen met een landelijke bekendheid zoals de Algemene Reclasseringsvereni-

ging, het Leger des Heils of een andere kliniek voor ter beschikking gestelden. Voor het overige werd een getrouwe weergave van feiten en gebeurtenissen nagestreefd, althans voor zover deze uit de dossierstukken waren te betrekken.

Het zou niet zijn uit te sluiten dat de onderzochte personen herkend zouden kunnen worden als de casusbeschrijvingen 'het land in' zouden gaan naar de beoordelaars. Weliswaar waren de beschrijvingen geanonimiseerd, maar in de feitelijke weergave werden geen wezenlijke veranderingen aangebracht. Daarom werd de beoordelaars verzocht kenbaar te maken indien zij een beschreven persoon herkenden en dit een onoverkomelijk probleem zou opleveren bij de beoordeling. Een van de beoordelaars meldde zo'n geval, maar het was naar eigen zeggen geen bezwaar geweest bij de beoordeling. Ten aanzien van de behandelaars, die immers jarenlang direct of indirect de oud-patiënten hadden meegemaakt, lag herkenning uiteraard meer voor de hand. Toch was dat dankzij de anonimisering maar bij ongeveer de helft van alle casus het geval.

De wetenschap dat de beoordelaars behoren tot beroepsgroepen die gewend zijn met privacy-gevoelige gegevens om te gaan, vormde een garantie tegen eventueel misbruik van gegevens en tegen onbedoelde kennisneming van de casusbeschrijvingen door anderen.

Uit de beschrijving van de opzet en de uitvoering van het onderzoek mag genoegzaam blijken dat zorgvuldig is omgegaan met het dossiermateriaal. Uitgangspunt was uiteraard onevenredige schade aan de betrokken voormalige ter beschikking gestelden te vermijden. Dezelfde zorgvuldigheid werd betracht bij het benaderen en interviewen van oud-patiënten en bij het verwerken van de recidive-gegevens en de gegevens ontleend aan de beoordelingen.

### **3.3.1.6 De betrouwbaarheid en validiteit van de casusbeschrijvingen**

De casusbeschrijvingen vervulden een cruciale rol omdat de beoordelaars immers op basis hiervan hun evaluerende visie zouden geven. Over de vraag of de beschrijvingen inderdaad voldoende valide waren en dus voldoende en relevante informatie bevatten, zou pas na de analyse van alle gegevens een uitspraak kunnen worden gedaan. De descripties dienden in elk geval aan bepaalde eisen van kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit te voldoen. Op een aantal manieren werd daarin voorzien. Er werd in het bijzonder gelet op: de consistentie in de beschrijvingen en de bronnen van informatie, de neutrale positie van de onderzoeker en de controle van de beschrijvingen.

De descripties dienden helder geschreven te zijn en volgens eenzelfde stramien te zijn opgebouwd. Zij moesten enerzijds relevante informatie bevatten, maar anderzijds geen overbodige details. Zoals eerder opgemerkt, was het noodzakelijk de grote hoeveelheid gegevens die met name over de periode van de intra- en extramurale behandeling beschikbaar was, tot hoofdlijnen te reduceren. Er werd met name geput uit documenten die ook ter verantwoording naar externe instanties worden gebruikt (zie paragraaf 3.3.1.3). De definitieve casusbeschrijvingen besloegen zes tot twaalf pagina's, afhankelijk van de hoeveelheid gegevens en de tijdsduur van de terbeschikkingstelling. In de aanloopfase werden verschillende casusbeschrijvingen nog becommentarieerd door enkele externe lezers. Hun suggesties hielpen de systematiek van de beschrijvingen te vervolmaken. De beschrijving geschiedde volgens een vast schema (zie paragraaf 3.3.1.2) hetgeen het mede

mogelijk maakte de gewenste consistentie te verkrijgen. Dit was des te meer van belang aangezien het maken van de beschrijvingen zich uitstreckte over een periode van twee jaar. De gestructureerde aanpak was ook van belang omdat twee stafleden van de kliniek assistentie verleenden door een voorbereiding van de beschrijving van elf casus voor hun rekening te nemen. Zij werden hiertoe geïnstrueerd en begeleid. De verantwoordelijkheid voor de beschrijvingen berustte ook in deze gevallen uiteraard bij de onderzoeker.

Er werd van afgezien de concept-beschrijvingen voor te leggen aan behandelaars die in een overzichtsfunctie met de desbetreffende oud-patiënten te maken hadden gehad. Het voordeel hiervan zou kunnen zijn de beschrijvingen te laten aanvullen of corrigeren. Tegen zo'n aanvulling waren echter ook bezwaren aan te voeren. Zo zouden subjectieve kleuring en kennis over het verloop van de behandeling en mogelijk over gebeurtenissen na het verlaten van de kliniek het commentaar van de vroegere behandelaars mede hebben kunnen bepalen.

De betrouwbaarheid van de descripties werd vergroot door de bereidheid van een oud-stafid in de loop van de periode van de dossierstudie alle conceptbeschrijvingen te controleren op interne samenhang, aanwezigheid van essentiële informatie, dubbele informatie of aanwezigheid van irrelevante informatie. Dit oud-stafid, die niet betrokken was geweest bij de onderzochte oud-patiënten, ging uitsluitend af op de gepresenteerde casusbeschrijvingen en las de beschrijvingen zoals de beoordelaars dat te zijner tijd zouden doen.

De onderzoeker zelf had alle oud-patiënten tijdens hun verblijf in de kliniek van een afstand 'meegemaakt'. In zijn functie nam hij niet deel aan de besluitvorming over hen. Vanuit die positie was hij niet in detail op de hoogte geweest van hun behandelingen. Op deze gronden was van zijn kant geen ongewenste inkleuring te verwachten.

### **3.4 De beoordelingen van de onderzochte terbeschikkingstellingen**

#### **3.4.1 Inleiding**

Behalve de ontwikkeling en het gebruik van de casusbeschrijvingen was de beoordeling van de casus op basis van die beschrijvingen door het forum van beoordelaars een belangrijk onderdeel in de onderzoeksopzet. In de volgende paragrafen wordt uiteengezet welk instrument werd ontwikkeld om de beoordelingen te verzamelen en op welke wijze deze werden verkregen.

#### **3.4.2 De methode van materiaalverzameling**

Twee methoden waren denkbaar om de gewenste beoordelingen te verkrijgen. De ene methode zou een interview van de beoordelaars kunnen zijn nadat zij de casusbeschrijvingen hadden gelezen. Een voordeel hiervan zou zijn dat doorgevraagd zou kunnen worden naar motieven voor hun antwoorden. Als nadeel werd overwogen dat een dergelijke benadering ongetwijfeld veel informatie zou opleveren, maar dat deze zonder systematiek goeddeels onbruikbaar zou zijn. Daarom zou op zijn minst een semi-gestructureerde vragenlijst gebruikt moeten worden. Een ander nadeel zou zijn dat deze methode op te veel praktische problemen zou stuiten. Het maken van afspraken met de beoordelaars zou een aanmerkelijke tijdsinvestering betekenen, zowel voor de beoordelaars als voor de onderzoeker.

De andere methode zou tegemoet komen aan bezwaren tegen een interview met de beoordelaars. Het voorleggen van een gestructureerde vragenlijst aan de hand waarvan de beoordelaars de voorgelegde casus zouden kunnen beoordelen, zou een minder grote tijdsinvestering vergen. De beoordelaars zouden zelf hun tijd kunnen indelen. Het nadeel dat bij de beoordelaars niet doorgevraagd zou kunnen worden, zou ondervangen kunnen worden door hen te verzoeken bij de meeste gesloten vragen zo mogelijk een korte toelichting te geven. Het verzoek om een toelichting te geven dwingt gewoonlijk tot een andere manier van formuleren dan in een interview mogelijk is. Bovendien mocht verwacht worden dat een schriftelijke reactie meer mogelijkheid tot reflectie zou geven. Besloten werd de tweede vorm te gebruiken en de beoordelingen te verwerven aan de hand van schriftelijk voorgelegde vragenlijsten.

### **3.4.3 De ontwikkeling van de vragenlijst**

Teneinde in de analyse de beoordelingen met elkaar te kunnen correleren was het noodzakelijk deze in een gesystematiseerde vorm beschikbaar te krijgen, geschikt voor bewerking met een computer. Hiertoe werd een gestructureerde vragenlijst ontwikkeld, waarmee de beoordelingen in gecodeerde vorm konden worden verwerkt. In dit verband moet worden opgemerkt dat in de literatuur niet aanstonds een equivalent te vinden was waarvan gebruik gemaakt kon worden. Weliswaar had Van Emmerik (1984) in zijn enquête onder leden van de rechterlijke macht en medewerkers van behandelingsinrichtingen vragen gesteld over hun verwachtingen ten aanzien van de terbeschikkingstelling, maar deze vragen waren niet gekoppeld aan concrete gevallen.

Diverse concept-versies werden, aanvankelijk zonder en later samen met gevalsbeschrijvingen, voorgelegd aan een aantal externe lezers. Hun suggesties leidden tot verbetering. Op grond van deze proefbeoordelingen werd de tijdsinvestering voor het lezen van een casus en het invullen van de vragenlijst tussen één en anderhalf uur per casus geschat.

### **3.4.4 De items van de vragenlijst**

Gezien het doel van het onderzoek vormden vragen naar doeleinden en het al dan niet bereiken daarvan een belangrijke leidraad bij de keuze van de items op de vragenlijst. In de vragenlijst werd een chronologisch stramien aangehouden. Achtereenvolgens kwamen aan de orde: de fasen van de oplegging van de terbeschikkingstelling, de selectie en de behandeling, de verlengingsprocedures en het vertrek. Een aantal evaluatieve vragen completeerde het geheel. Het was van belang zoveel mogelijk met argumenten gestaafde reacties te verkrijgen. De meeste vragen, waarvan de antwoorden op een vier- of vijfpuntsschaal kon worden gegeven, gingen daarom vergezeld van toelichtingsvragen. Daarnaast was een aantal open vragen opgenomen.

Hier worden - ter illustratie - enkele vragen weergegeven waarvan de beantwoording in het bijzonder met belangstelling tegemoet werd gezien:

- Kunt u in eigen woorden formuleren wat naar uw mening de bedoeling van deze terbeschikkingstelling is geweest?
- Wordt uit de beschrijving voor u duidelijk welke bedoeling de kliniek met de behandeling van deze patiënt voor ogen had?
- Vindt u dat bij de behandeling voldoende rekening is gehouden met de problematiek van de patiënt?

- Wat vindt u van de verschillende verlengingsprocedures?
- Wat vindt u van de vooruitzichten voor de patiënt bij het verlaten van de kliniek?
- Hoe schat u de kans op recidive bij vertrek uit de kliniek?
- Hoe schat u de ernst van eventuele recidive?
- Wat vindt u van de duur van het intramurale deel van de behandeling in relatie tot de behandelingsdoelen?
- Is er naar uw mening een invloed uitgegaan van het onvrijwillige karakter van de maatregel en het gestructureerde kader?
- Als u de gehele periode van deze terbeschikkingstelling en de periode daarna - voor zover daarover gegevens bekend waren - overziet, hoe luidt dan uw oordeel over het effect van de maatregel in dit geval?
- In hoeverre heeft de behandeling naar uw mening in dit geval bijgedragen tot realisering van het doel van deze terbeschikkingstelling, zoals door u omschreven in antwoord op een vraag daaromtrent?

### **3.4.5 De betrouwbaarheid van de vragenlijst**

Het beperkte kader van het onderzoek bracht met zich mee dat de waarde van de ontwikkelde vragenlijst niet aan andere dataverzamelingen kon worden getoetst. Pas na de analyse van de beoordelingen kan een uitspraak worden gedaan over de vraag of het instrument van de vragenlijst inderdaad antwoorden opriep conform de bedoeling.

### **3.4.6 De benadering van de beoordelaars**

In de uiteenzetting over de methode van onderzoek is verantwoord hoe het forum van beoordelaars was samengesteld. Er werd een selectie gemaakt van in totaal twintig personen: vijf rechters, vijf advocaten, vijf forensische gedragsdeskundigen en vijf forensische behandelaars, de laatste werkzaam in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.

Er werden vijftien potentiële externe beoordelaars aangeschreven en vijf collega's uit de kliniek benaderd. Allen werd gevraagd naar hun bereidheid acht geanonimiseerde gevalsbeschrijvingen van terbeschikkingstellingen te bestuderen en hierover een aantal vragen te beantwoorden. Als schatting van de tijdsinvestering werd vier tot vijf kwartier opgegeven. De beoordelingen zouden kunnen plaatsvinden verspreid over een periode van vier tot zes weken, al naar gelang de mogelijkheden van de beoordelaars. De externe beoordelaars werd een vergoeding aangeboden voor hun tijdsinvestering en het geven van hun visie. Aan de brief naar potentiële externe beoordelaars werd een ondersteunend schrijven van de promotores toegevoegd. Binnen korte tijd waren de volgende beoordeelaars beschikbaar:

#### *5 rechters*

- 1 vice-president van een gerechtshof
- 1 raadsheer van een gerechtshof
- 1 vice-president van een arrondissementsrechtbank
- 2 rechters van arrondissementsrechtbanken

#### *5 forensische gedragsdeskundigen*

- 1 klinisch forensisch psychiater
- 2 districtspychiater
- 2 forensisch psychologen

### **5 advocaten**

2 advocaten met ruime ervaring met terbeschikkingstellingen

3 advocaten met minder uitgesproken ervaring op dit gebied

### **5 forensische behandelaars**

1 senior (groeps)psychotherapeut

2 klinisch psychologen, psychotherapeut

1 klinisch psycholoog, supervisor

1 medisch socioloog, supervisor

## **3.4.7 Het verkrijgen van de beoordelingen**

Ondanks de toezeggingen van de beoordelaars na zes weken gereed te kunnen zijn was het reëel rekening te houden met vertraging bij het retourneren van de beoordelingen. Na zes weken hadden drie beoordelaars hun vragenlijsten teruggezonden. Bij tussentijdse contacten met de beoordelaars bleken de gevraagde werkzaamheden bij de meerderheid meer tijd te vergen dan de onderzoeker en zichzelf hadden vermoed. Bedacht moet worden dat de proefbeoordelingen wel een indicatie gaven van de voor de behandeling van één casus benodigde tijd, maar niet van een reeks van acht gevallen. De vertragingen waren ook te begrijpen uit het feit dat de beoordelaars behoren tot beroepsgroepen met druk bezette agenda's. Uit de opgave van de beoordelaars van de aan lezing en beoordeling bestede tijd blijkt dat de tijdsinvestering per persoon aanzienlijk is geweest: de gemiddelde leestijd per casus bedroeg 37 minuten, de gemiddelde invultijd per casus 58 minuten.

Een van de rechters liet weten op zijn toezegging terug te komen nadat hij drie casus had beoordeeld. Hij gaf als voornaamste reden op dat hij met de casus van de onderzoeker als met "een papieren zaak" bezig moest zijn en niet met een concreet mens, over wie hij - met anderen - zou kunnen oordelen. Deze voor hem ongebruikelijke wijze van werken kon voor hem niet anders dan ongewenste resultaten opleveren. Voor hem werd een andere rechter bereid gevonden de desbetreffende beoordelingen op zich te nemen. De overige beoordelaars bleken bereid de aanvaarde opdracht nauwgezet en consciëntieus te blijven uitvoeren. Alle 160 beoordelingen waren uiteindelijk eerst zeven maanden na de verzending geretourneerd

## **3.5 De recidive-gegevens**

De behandelingsklinieken voor de verpleging van ter beschikking gestelden beschikken niet zonder meer over recidive-gegevens van hun oud-patiënten. Het ministerie van Justitie heeft aarzelingen aan de klinieken recidive-gegevens te verstrekken buiten het kader van een onderzoeksplan. De directie van de kliniek was al geruime tijd van mening dat de beschikbaarheid van recidive-gegevens wel noodzakelijk is ten behoeve van een continue evaluatie van behandelingsinspanningen. Daarom stelde zij zich achter het verzoek van de onderzoeker om recidive-gegevens op te vragen.

De minister van Justitie gaf toestemming tot inzage in het Justitieel Documentatieregister met betrekking tot de veertig personen uit de onderzoekspopulatie. Deze principe-toestemming werd door de minister expliciet gekoppeld aan het onderhavige onderzoek en aan de persoon van de onderzoeker, verantwoordelijk voor de uitvoering. Aan de toestemming verbond de minister een aantal voorwaarden in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen.

## **3.6 Het interview met de oud-patiënten**

### **3.6.1 De condities voor het interview**

Toen de onderzoeker voorstelde de in het onderzoek betrokken oud-patiënten voor een interview te benaderen, was instemming van de directie van de kliniek noodzakelijk. De directie had zich vanaf het begin van het onderzoek positief en ondersteunend opgesteld en had geen bezwaar tegen het gebruik van de kliniekdossiers met betrekking tot oud-patiënten. Uiteraard werden daarbij wel de gebruikelijke condities gesteld met betrekking tot de zorgvuldige omgang met en de geheimhouding van persoonsgegevens. Ten aanzien van een interview voelde de directie een bijzondere verantwoordelijkheid.

Enerzijds werd deze zorg ingegeven door de mogelijke invloed van een dergelijke benadering op de oud-patiënt, anderzijds door de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in algemene zin. De kliniek had ervaring opgedaan met het interviewen van oud-patiënten in het kader van het toenmalige follow-up onderzoek uit 1980. Destijds had de kliniek het bijzonder op prijs gesteld de mening van oud-patiënten te vernemen. Bij de evaluatie van dit onderdeel van het follow-up onderzoek was naar voren gekomen dat het afnemen van het vraaggesprek door derden, in casu medewerkers van een onderzoeksbureau, nadelen had opgeleverd. Zij waren weliswaar goed geïnstrueerd geweest maar misten ervaring in de omgang met deze bijzondere groep oud-patiënten. Het hebben van ervaring in het leggen van contact met de oud-patiënten bleek volstrekt noodzakelijk, hetgeen vooral naar voren kwam bij die onderdelen die zich leenden voor het dóórvragen en bij de open vragen.

De directie stelde daarom als conditie voor de toestemming tot de interviews in het onderhavige onderzoek dat de interviews niet door buitenstaanders zouden worden afgenomen, maar door (oud-)stafleden van de kliniek en/of de onderzoeker zelf. Zij zouden ook beter in staat zijn eventuele nadelige gevolgen in te schatten en daarvoor een opvang te creëren. Bovendien zou op deze wijze het interviewonderdeel van het onderzoek 'zo dicht mogelijk bij de kliniek' blijven. Het interviewonderdeel van het onderzoek zou een minder zwaarwegend en eerder een vanzelfsprekend karakter krijgen. Waarom zou het in beginsel niet mogelijk zijn vanuit een behandelingsinstituut in het kader van een evaluatieproject contact op te nemen met oud-patiënten? Oud-patiënten vragen naar hun visie over de behandeling en de resultaten daarvan kan een wezenlijke deel uitmaken van de voor een kliniek noodzakelijke feedback op het functioneren van het behandelingsprogramma.

Voor het onderzoek bood deze opzet een aantal voordelen. In de eerste plaats zou deze benadering een lage drempel bieden die faciliterend zou kunnen werken. De oud-patiënten hadden de interviewers op de een of andere manier in de kliniekperiode meegemaakt. De bereidheid aan het interview mee te doen zou daardoor groter kunnen zijn. In de tweede plaats zouden de oud-patiënten te maken krijgen met interviewers die gewend zijn met (voormalige) ter beschikking gestelden om te gaan. Zij kennen hun taal en belevingswereld van patiënten, verstaan allerlei impliciete formuleringen beter dan buitenstaanders en hadden in het verleden wellicht gezamenlijke ervaringen gehad. Zij hebben zich bovendien te houden aan een geheimhoudingsplicht ten aanzien van persoonlijke gegevens.

### 3.6.2 De ontwikkeling van de vragenlijst voor het interview

Er werd een aantal criteria opgesteld waaraan het interview zou moeten voldoen. Het middel diende uiteraard in de eerste plaats om relevante evaluatieve gegevens verzamelen. Achteraf diende ook het gebruik van het interview als evaluatie-instrument te worden onderzocht. Het lag dan ook voor de hand ook voor het interview, evenals voor de vragenlijst voor de beoordelaars, een min of meer gestandaardiseerde vorm te ontwikkelen. Daarbij werd overwogen dat het interview enerzijds sterk gestructureerd zou moeten zijn, maar anderzijds aan de interviewer ruimte zou moeten bieden nader op antwoorden in te gaan. Dit dóórvragen zou afhankelijk moeten zijn van de respons van de betrokkene en de kennis over diens achtergrond bij de interviewer. Een volledig ongestructureerd interview zou wel interessant materiaal opleveren, maar zich slecht lenen voor statistische analyse en het ontwikkelen van een valide evaluatie-instrument.

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst werd aansluiting gezocht bij de voor het follow-up onderzoek gehanteerde lijst, die destijds was opgesteld in nauwe samenwerking tussen Van Emmerik en de kliniek. Er waren toentertijd vragen opgenomen over de burgerlijke staat, woonsituatie, inkomen, vrijetijdsbesteding, sociale betrekkingen, gebruik van gezondheidsvoorzieningen, beleving van leefsituatie, omgang met financiële en gezondheidsproblemen. Ook vragen over de behandelingsperiode: over de aansluiting van de behandeling op door hen ervaren problemen, de manier waarop de bedoelingen van de kliniek waren overgekomen en de mate waarin eventuele veranderingen te maken hadden gehad met de geboden behandeling. Tenslotte waren er vragen over de manier waarop de terugkeer naar de samenleving was gerealiseerd.

In het onderhavige onderzoek was het met name van belang na te gaan of de oud-patiënt tijdens het interview zijn mening zou kunnen geven omtrent het bereiken van zijn eigen doelen en het al dan niet uitkomen van zijn eigen verwachtingen. Expliciete vragen naar doel van en verwachting over de behandeling ontbraken in het follow-up onderzoek.

Voor de vragenlijst werd een structuur ontworpen waarbij te dele aansluiting werd gezocht bij de vragenlijst ten behoeve van de eerder besproken beoordelingen van de casusbeschrijvingen. De vragen werden eveneens in een chronologische volgorde gegroepeerd. Na enkele introducerende vragen zouden vragen gesteld worden over formele aspecten van de terbeschikkingstelling, zoals de oplegging, de verlengingsprocedures en de beëindiging. Vervolgens zouden vragen over de opname en de behandeling in de kliniek, over het vertrek uit de kliniek en over de huidige situatie aan de orde komen. Het vraaggesprek zou worden afgesloten met een aantal evaluatieve vragen. Het gestructureerde karakter werd voorts gevormd door het gebruik van drie-, vier- of vijfpuntsschalen. Teneinde zoveel mogelijk profijt te trekken uit het persoonlijke contact met de oud-patiënt werd bij veel vragen de mogelijkheid aangegeven om dóór te vragen naar het hoe en waarom of om een nadere toelichting gevraagd.

Twee proefinterviews leverden enkele aanpassingen op en leerden dat het wenselijk was de vragenlijst met de oud-patiënt zó door te nemen, dat hij - indien gewenst - de vragen en de antwoordcategorieën zelf zou kunnen lezen. Op grond van deze interviews werd geschat dat rekening moest worden gehouden met een interviewtijd van twee uur. De definitieve vragenlijst bevatte 114 vragen, waarvan er 42 open vragen of toelichtingsvragen waren.



### 3.6.3 De interviewers

Twee mannelijke stafleden en twee vrouwelijke oud-stafleden werden bereid gevonden een aantal interviews voor hun rekening te nemen. Allen hadden diverse functies in de kliniek vervuld of vervulden die op dat moment nog, waren tenminste zo'n 25 jaar aan de kliniek verbonden (geweest) en hadden veel ervaring in het omgaan met patiënten en hun relaties. Twee van hen waren jarenlang buitendienstfunctionaris: een staflid dat vooral betrokken is bij de interactie van de patiënt met de buitenwereld, de relaties van de patiënt en andere personen of instellingen buiten de kliniek. Zij leken bij uitstek geschikt om opnieuw in contact te treden met een oud-patiënt, gewend als zij zijn de patiënt in zijn eigen wereld te plaatsen. Zij zijn over het algemeen goed in staat zich enerzijds te identificeren met de patiënt en zijn relaties en anderzijds de nodige distantie te bewaren. Een van de andere interviewers was een ervaren (groeps)psychotherapeut die ook vele gezinsbehandelingen begeleidde, terwijl de vierde gedurende vele jaren in het groepswerk patiënten en hun relaties had meegemaakt en sedert tien jaar een coördinerende functie vervulde waarin een dergelijke ervaring is vereist. De onderzoeker zelf nam zeven interviews voor zijn rekening.

### 3.6.4 Het opsporen van de oud-patiënten

De oud-patiënten waren ten minste vijf jaar uit de kliniek vertrokken toen de benaderingsronde startte. Gezien de verwachte verhuizingen kon geen betrouwbaar beroep gedaan worden op oude adressen in het kliniekdossier. Daarom moest het officiële actuele adres via de bevolkingsregisters achterhaald worden. De aanvraag hiertoe ging vergezeld van een korte beschrijving van het doel van het onderzoek en was voorzien van aanbevelingsbrieven van de directie van de kliniek en van de minister van Justitie.

Van iedere oud-patiënt werd door navraag bij diverse stafleden van de kliniek nagegaan welke gegevens van belang zouden zijn ten aanzien van het leggen van het eerste contact, van de kans op het verkrijgen van medewerking en van andere relevante zaken. Een belangrijk punt van aandacht hierbij was of op grond van de ervaring tijdens de behandelingsperiode gevreesd moest worden voor een ongunstig effect van de vraag om medewerking of door een bepaalde manier van benadering.

Bij enkele grote reclasseringsstichtingen werd geïnformeerd of daar informatie beschikbaar was over de beste manier waarop oud-patiënten van wie werd vermoed dat zij met hun contact hadden (gehad), zouden kunnen worden benaderd. De reclassering werd uiteraard op de hoogte gesteld van het doel van het onderzoek. Eén reclasseringsinstelling stelde, in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, voor gebruik te maken van een zodanige constructie dat de onderzoeker niet te weten kwam of de reclassering überhaupt contact had gehad met de desbetreffende oud-patiënt. Overigens leidde geen van de reclasseringscontacten tot een contact met een oud-patiënt.

Op grond van de hierboven genoemde oriëntatie-ronde werd het mogelijk en verantwoord geacht alle oud-patiënten met een brief te benaderen. De benaderingsbrieven werden verzonden in een enveloppe met alleen een postbus-adres als afzender. De brief was geschreven door de onderzoeker die daarin kort melding maakte van de bedoeling een vraaggesprek af te nemen in het kader van een onderzoek naar resultaten van de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Bovendien was de redactie van de brief

zodanig voorzichtig gekozen dat niet aanstonds duidelijk was dat de geadresseerde in de kliniek in behandeling was geweest. De aangeschrevene werd uitgenodigd op het verzoek tot medewerking aan het interview te reageren door het terugzenden van een antwoordformulier in een bijgesloten gefrankeerde enveloppe. Het werd uiteraard volledig aan de betrokkene overgelaten al dan niet te reageren.

Daags nadat de brieven waren verzonden, kwamen de eerste reacties binnen, zowel schriftelijk als telefonisch. Vier oud-patiënten lieten schriftelijke weten niet geïnterviewd te willen worden. In de eerste fase van het achterhalen van de adressen was reeds één weigering bekend geworden nadat de ambtenaar van het bevolkingsregister bij de betrokkene had geïnformeerd naar diens toestemming zijn adres aan de onderzoeker door te geven. Enkele onderzochten bleken inmiddels weer verhuisd te zijn. Dit vereiste een nader onderzoek via de bevolkingsregisters. Voorts werden nog vier reacties als een afwijzing beschouwd. Een van hen liet na een uitvoerige correspondentie tenslotte weten terug te komen op zijn toezegging het gesprek wel te willen voeren omdat hij er bij nader inzien toch tegen opzag. Met een ander was tot twee keer toe een afspraak gemaakt, maar hij kwam steeds niet opdagen. Uit de reactie van de ouders van de derde moest worden opgemaakt dat hij weigerde. De vierde toonde zich bij een door hem gevraagd gesprek met een staflid bereid tot een interview, maar zover kwam het uiteindelijk niet. Over twee oud-patiënten werd gerapporteerd door derden. In het ene geval betrof het de ouders die gewend waren de post van hun zoon open te maken omdat hij daar zelf nauwelijks naar omkeek. Uit deze reactie bleek een geringe kans dat betrokkene positief zou reageren. Het andere geval betrof een oud-patiënt over wie een voormalige hospita berichtte dat hij was vertrokken. Navraag bij de reclassering leverde verder niets op. Al eerder was het niet mogelijk gebleken de adressen van twee onderzochten te achterhalen omdat het spoor bij het bevolkingsregister doodliep en elders geen nadere informatie kon worden verkregen.

Drie weken na het begin van de benaderingsprocedure werden degenen die niet hadden gereageerd opnieuw aangeschreven met het verzoek op zijn minst van zich te laten horen. Hierop kwam geen enkele reactie meer binnen. Het betekende dat van alle aangeschreven oud-patiënten uiteindelijk elf in het geheel geen reactie bekend werd. De kansen alsnog een reactie te verkrijgen via andersoortige benaderingswijzen werden niet hoog aangeslagen.

### **3.6.5 Het afnemen van de interviews**

Aan de oud-patiënten die positief hadden gereageerd, werd overgelaten plaats en tijdstip van het interview te bepalen. De afspraken hieromtrent werden telefonisch gemaakt. De onderzoeker bemiddelde bij het maken van afspraken met de interviewers. Bij het maken van de afspraak werd de naam van een van de interviewers voorgesteld. Sommige respondenten noemden spontaan de naam van het (oud-)staflid door wie zij geïnterviewd wilden worden. Anderen wilden juist niet met de voorgestelde interviewer spreken.

Sommige respondenten gaven aan dat zij bij hen thuis konden worden geïnterviewd, anderen wilden naar de kliniek komen. Opvallend was dat veel oud-patiënten in het overleg over het maken van de afspraak zelf spontaan kozen voor de kliniek als plaats van het gesprek of daar geen bezwaar tegen hadden. Van de in totaal achttien gesprekken vonden er elf in de kliniek plaats: zeven uit de groep van de proefverlofgangers en vier uit de groep van de niet-proefverlofgangers. De gesprekken in de kliniek werden gevoerd

in een van de spreekkamers waar gewoonlijk relaties van patiënten worden ontvangen en patiënten met hun advocaten en reclasseringswerkers spreken.

Drie oud-patiënten (van wie twee niet-proefverlofgangers) namen spontaan hun partner mee naar de kliniek. Bij de interviews die bij oud-patiënten thuis werden afgenomen waren bij twee niet-proefverlofgangers eveneens partners aanwezig. De aanwezigheid van partners interfereerde niet met de bedoeling van het interview. Integendeel, vooral bij vragen over de actuele situatie, verschaften deze partners soms waardevolle aanvullende informatie.

Aan de geïnterviewden werd de verzekering gegeven de gegevens zo te bewerken dat zij bij publikatie niet zijn terug te voeren op individuele personen. Zij konden te kennen geven te zijner tijd een (beknopt) verslag van het onderzoek te willen ontvangen.

Binnen vijf weken na de verzending van de eerste benaderingsbrieven waren zestien interviews gerealiseerd. Eén interview had al plaatsgevonden tijdens de proeffase. Op een later tijdstip werd nog een ander interview gerealiseerd.



## HOOFDSTUK 4

### DE ONDERZOCHE POPULATIE

#### 4.1 Inleiding

Het hoofdstuk opent met een korte beschrijving van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht, waar alle in het onderzoek betrokken voormalige ter beschikking gestelden de intramurale behandeling hadden ondergaan. Kennismaking met de achtergronden en de werkwijze van deze kliniek is daarom gewenst.

Vervolgens zijn vier korte beschrijvingen opgenomen als illustratie van het verloop van terbeschikkingstellingen.

Het leeuwedeel van dit hoofdstuk bestaat uit de bespreking van een aantal kenmerken van de onderzoekspopulatie. Het betreft socio-demografische gegevens en gegevens met betrekking tot de oplegging van de terbeschikkingstelling, de criminaliteit vóór, tijdens en na de tenuitvoerlegging van de maatregel. Ook de behandelingsperiode in de kliniek en het vertrek komen aan bod. Zij vormen het eerste deel van de onderzoeksbevindingen en zijn in de analysefase, waarover in de hoofdstukken 5 en 6 wordt gerapporteerd, gerelateerd aan de oordelen van de professionele beoordelaars en van de geïnterviewde oud-patiënten.

#### 4.2 De kliniek van onderzoek: de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

De kliniek is genoemd naar een van de geneesheren van de Willem Armtsz Stichting (WAS), dr. Henri van der Hoeven (1879-1956) die wel de wegbereider van de forensische psychiatrie in Nederland wordt genoemd (Hut e.a., 1961, p.166 en p.331; Van den Bergh, 1990). Hij schreef onder meer een handboek dat lange tijd toonaangevend was op het gebied van de forensische psychiatrie (Van der Hoeven, 1913, 1928-1930).

De oprichting van deze kliniek in 1955 paste in de traditie van de Utrechtse School (Nagel, 1963; Hoefnagels, 1975; Moedikdo, 1976). De Utrechtse hoogleraren Baan, Pompe en Kempe stelden de 'ontmoeting' met de delinquent centraal en legden een bijzondere belangstelling aan de dag voor de behandeling van de psychisch gestoorde delinquent. De beweging was filosofisch, existentialistisch en fenomenologisch gericht, gericht op herstel van de delinquent als menselijk wezen met individuele rechten tegenover een strafrechtelijk autoritair systeem (Downes, 1988, p.93). De kliniek ontstond als forensisch psychiatrische afdeling van de WAS (Hut e.a., 1961). De grondleggers van de kliniek, de psychiater en jurist mr.dr. P.A.H. Baan en zijn naaste medewerkers de zenuwarts A.M. Roosenburg en de psycholoog drs. J.R.M. van Ratingen, wilden op grond van hun ervaringen in de in 1949 opgerichte Psychiatrische Observatie Kliniek een op moderne leest geschoeide behandeling voor deze recidivisten ontwikkelen. Baan meende dat bij psychopathie de waarde van de aangeboren factoren was overschat en dat de waarde van de levensgeschiedenis van de betrokkene was onderschat (Baan, 1955, p.320). Hij stelde dat het destijds geldende uitgangspunt, namelijk dat psychopathie fundamenteel zou verschillen van de neurose en onbehandelbaar zou zijn, zou moeten

worden verlaten (Feldbrugge, 1986, p.11-14). Een soortgelijke opvatting had Stürup in Denemarken (Stürup, 1968). Voor de opening van de kliniek oriënteerden de eerste medewerkers zich in andere behandelcentra in Nederland en andere Europese landen (Cossée-Buijs, Feldbrugge & Hendriks, 1975). Gezien de ervaring dat de patiëntencategorie onvoldoende of niet in staat is tot een dyadische psychotherapeutische relatie en minder vruchtbaar gebruik kan maken van een psychotherapeutisch gemeenschapsklimaat dan neurotische patiënten, ontwierp Baan het behandelingsprogramma in de vorm van een gecontroleerd psychotherapeutisch milieu (Feldbrugge, 1986, p.8).

In de internationale vakliteratuur is in de loop van de jaren over het 'Utrechtse model' geschreven (Conrad, 1965; Wardrop, 1965; Stockdale, 1967; Klee, 1973; Heinz, 1973; Rothhaus, 1975, 1978; Rotman, 1990). Ook Kloek rept over de buitenlandse belangstelling (Kloek, 1968, p.297). Hij meent dat de opvattingen van de kliniek een aantal essentiële lacunes in de toentertijd gangbare bejegeningsmethoden zichtbaar maken en dat deze "tevens mogelijkheden bieden om de 'dialogo' met de delinquent zinvol te doen zijn" (a.w. p.189).

Na het vertrek van Baan gaf Roosenburg bijna 25 jaar leiding aan de ontwikkeling van de kliniek. Vanaf midden 1979 was er een tweehoofdige directie, bestaande uit de econoom drs. H.L. Wiertsema en de zenuwarts L. Courth-Van der Plaats. In 1991 werd Wiertsema benoemd als algemeen directeur en de criminoloog-gezinstherapeut dr. J.J.P. Hendrickx als directeur behandeling. Geleidelijk aan groeide de kliniek uit tot een zelfstandige stichting (per 1 januari 1991) met voorzieningen voor klinische en ambulante forensisch psychiatrische zorg (Jaarverslagen Kliniek 1970-1971 en 1990). Sinds 1989 is de budgettaire klinische capaciteit van 73 plaatsen voor mannen en vrouwen uitgebreid met twee plaatsen in het 'buitenproject', een woning in de stad Utrecht waar maximaal twee patiënten onder ambulante begeleiding vanuit de kliniek zich gefaseerd kunnen voorbereiden op definitieve terugkeer in de maatschappij (Derks, 1991). Daarnaast beschikt de kliniek sinds 1990 over twee plaatsen in een van de huizen van de Stichting Beschermd Wonen Utrecht (SBWU) ten behoeve van patiënten van wie de verwachting bestaat dat zij van een dergelijke voorziening zullen kunnen profiteren (Jaarverslag Kliniek 1991, p.8). In 1991 is de kliniek gestart met een dagbehandeling voor tien 'stoelen' en een polikliniek, die anders dan de terbeschikkingstelling via WVC rechtstreeks wordt gefinancierd uit de AWBZ (Jaarverslagen Kliniek 1990 en 1991; Derks, 1992b).

Een eerste thema dat het behandelingsmodel van de kliniek kenmerkt is het uitgangspunt dat het riskante gedrag van de patiënt in wisselwerking met en ook beïnvloed door anderen is ontstaan. De kliniek streeft er naar in het behandelingsprogramma allerlei leermiddelen en ontwikkelingsmogelijkheden aan te bieden zodat de patiënt in interactie met de behandelaars en met de eigen relaties kan oefenen zich andere gedragsvormen eigen te maken (Roosenburg, 1978, p.100). Het sociale netwerk van de patiënt, familieleden en andere voor de patiënt belangrijke personen, wordt dan ook intensief bij de behandeling betrokken (Van Blokland & Wassenberg, 1989).

Een tweede belangrijke thema wordt uitgedrukt door de opvatting aan de patiënt gedurende de behandelingsperiode zoveel verantwoordelijkheid te geven als hij kan dragen (Roosenburg, 1962, p.178). Het concept van de medeverantwoordelijkheid van de patiënt kwam mede onder invloed van onderzoekers als Goffman (1961) over 'total institutions' verder tot ontwikkeling. Het leidde tot de opvatting "de schadelijke neveneffecten van de opname in een inrichting zo gering mogelijk te doen zijn en de mogelijkheden van

gevarieerd gedrag zoals de maatschappij die biedt, niet uit de inrichting weg te organiseren" (Roosenburg, 1975). De door staf en patiënten gezamenlijk te dragen verantwoordelijkheid draagt bij tot het creëren van een veilig leef- en behandelingsklimaat. In dit verband spelen overlegorganen (zoals de 'kliniekraad') en commissies waarin patiënten en stafleden participeren een belangrijke rol, met name in tijden van spanning (De Gooijer, 1980, p.85 e.v.; Feldbrugge, 1992).

Als derde thema wordt genoemd dat aan de samenstelling en de opleiding van het personeel en aan de inrichting van het gebouw bijzondere aandacht wordt besteed, omdat deze aspecten in voorwaardenscheppende zin tot de behandelingsmiddelen worden gerekend.

Het behandelingsconcept van de kliniek is moeilijk met één term uit het therapeutische veld te karakteriseren. Bij voorkeur spreekt de kliniek over een mengeling van allerlei therapeutische richtingen die op eclectische wijze met elkaar zijn verweven. Er zijn elementen in te vinden van psychodynamische, existentieel fenomenologische, pedagogische en sociotherapeutische aard (Vodegel & Van Beek, 1986). Een en ander is niet los te zien van historische ontwikkelingen. In de beginjaren lag de nadruk op psychoanalytische en psychodynamische ideeën en de antropologische benadering van de Utrechtse School. Aan het eind van de jaren vijftig werden Rogeriaanse non-directieve opvattingen in de praktijk beproefd (Swildens, 1980). Uit de algemene systeemtheorie ontwikkelde zich de gezinstherapie waarmee de kliniek in de tweede helft van de jaren zestig ging werken. Ook is vanaf die tijd duidelijk de beïnvloeding van leertheorieën aanwezig in de vorm van het werken met leerdoelen en gedragstherapie. In het begin van de jaren negentig is er toenemende aandacht voor diagnostiek, planmatig werken, interne differentiatie van behandelingsprogramma's en externe differentiatie bij de beëindiging van de klinische behandeling.

Samenvattend kan het behandelingsconcept worden aangeduid als een klinische psychotherapeutische behandeling waarbij het dagelijks leven in en buiten de leefgroep belangrijk is (Coppens & Boerwinkel, 1988). Door de pedagogische en trainingsmogelijkheden die het leefklimaat biedt en met behulp van individueel geïndiceerde behandelingsactiviteiten kan de patiënt vaardigheden leren die nodig zijn om zich in de samenleving te handhaven zonder een voor anderen gevaarlijk gedragspatroon. Uitgegaan wordt van een 'client-centered', maar niet non-directief, doch gestructureerd model met een sterk appel op de patiënt en zijn sociale netwerk.

De patiënten zijn opgenomen in een leefgroep met acht tot tien medepatiënten, die wegens verschillende typen delict zijn opgenomen en zich in verschillende fasen van behandeling bevinden. In sommige groepen zijn vrouwen opgenomen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid patiënten op te nemen op een afdeling voor individuele en intensieve behandeling. Het behandelingsaanbod is gevarieerd. Behalve de leersituatie in het dagelijkse leven in de leefgroep en in de omgang met stafleden en relaties, volgen patiënten een individueel behandelingsprogramma. Dit programma is afgestemd op de problematiek die tot delicten leidde. De functie van verschillende onderdelen als arbeidstraining, schoolopleiding, individuele psychotherapie en/of groepstherapie (Vodegel & Van Beek, 1986; Kröger, 1989), geestelijke verzorging, bewegingsvorming, diverse expressievakken, vrijetijdsbesteding wordt tot uitdrukking gebracht door het stellen van doelen en subdoelen, indicaties genoemd. Enkele voorbeelden hiervan zijn: 'met kritiek leren omgaan', 'vasthouden aan je voornemen', 'rekening houden met de ander', 'leren omgaan met agressie', 'plezier

hebben of krijgen' en 'speelser worden' (Derks, 1992a). Het formuleren en herformuleren van indicaties zal gedurende de gehele behandeling aandacht vergen.

Regelmatig wordt het verloop van de behandeling in gesprekken met de patiënt geëvalueerd. Verslaglegging over de ontwikkeling geschiedt in regelmatige rapportages (waaronder de 'status' - zie paragraaf 3.2.2) en in verlengingsadviezen die de kliniek om het jaar of om de twee jaar dient uit te brengen. Mede aan de hand van de voortgangsrapportage en van het horen van de ter beschikking gestelde, zijn advocaat en een behandelaar als getuige-deskundige, beslist de rechter telkens over voortzetting van de maatregel.

Indien het verantwoord wordt geacht, kan het de patiënt toegestaan worden buiten de kliniek op bepaalde doeleinden gerichte activiteiten te ondernemen. Als doelen komen veelal in aanmerking: contacten met familie, het bezoek van scholen of clubs, het vinden en verrichten van werk en het zoeken van huisvesting. Zo mogelijk wordt gebruik gemaakt van nieuwe relaties in de vorm van 'contactgezinzen of -personen' (Van den Bergh & Slager, 1984). De kliniek gaat ervan uit dat de noodzakelijke beperking van de bewegingsvrijheid zo kort mogelijk dient te zijn (Derks & Wassenberg, 1991). Een patiënt langer dan op grond van veiligheidsoverwegingen is aangewezen in de kunstmatige - en in een aantal opzichten ook ongunstige - omgeving van de kliniek houden, bevordert hospitalisatie en belemmert resocialisatie. De kliniek hanteert geen vastgesteld schema voor verlof buiten de kliniek. Al dan niet via tussenvoorzieningen zal de patiënt - indien het risico van delicttherhaling naar de schatting van de kliniek aanvaardbaar wordt geacht - via het kader van proefverlof de kliniek verlaten. Een andere manier waarop een einde komt aan de klinische behandeling doet zich voor als de rechter de maatregel niet verlengt terwijl de patiënt zich nog in de kliniek bevindt. Een derde mogelijkheid - de patiënt wordt door de kliniek ter herselectie aangeboden, omdat de behandeling is vastgelopen - komt in het onderhavige onderzoek niet voor. Behalve de bovengenoemde bronnen kan nog vermeld worden dat over verschillende aspecten van de behandeling is geschreven in themanummers van het Informatiebulletin van de kliniek (Themanummers 1979, 1982, 1984, 1985, 1986, 1992).

#### **4.3 Vier illustraties van het verloop van terbeschikkingstellingen**

Hieronder is een aantal beknopte casusbeschrijvingen opgenomen met het doel vier verschillende varianten van het verloop en het einde van de onderzochte terbeschikkingstellingen te illustreren. Het zijn uittreksels van de aan de beoordelaars voorgelegde beschrijvingen. Gezien de grote verscheidenheid in de casuïstiek waren uiteraard nog andere varianten mogelijk. De illustraties bevatten - anders dan in de oorspronkelijke casusbeschrijvingen - tevens een indruk uit het met de betrokkenen gehouden interview en een opgave van eventuele recidive. De namen zijn fictief. Het betreft de volgende varianten:

##### *Twee proefverlofgangers:*

- A. proefverlof, voorwaardelijk ontslag, einde conform advies van kliniek en reclassering, geen recidive;
- B. proefverlof, einde contrair advies van kliniek en reclassering, lichte recidive.

##### *Twee niet-proefverlofgangers:*

- C. (net) geen proefverlof, einde contrair advies van kliniek, geen recidive;
- D. geen proefverlof, einde contrair advies van kliniek, zeer ernstige recidive.



De varianten A en B zijn naar de indruk van de onderzoeker 'redelijk geslaagde behandelingen' te noemen, variant C een 'min of meer geslaagde behandeling' en variant D een 'niet zo erg geslaagde behandeling'.

## CASUS A

---

*Arend is opgegroeid in een gezin met een strenge vader en wisselende moederfiguren. Als hij 12 jaar is, wordt hij in het kader van een ondertoezichtstelling in een kindertehuis geplaatst. Er is sprake van stoer gedrag en van driftbuien. Vooral vader dringt aan op thuisplaatsing hetgeen wordt gerealiseerd. Op 14-jarige leeftijd pleegt hij ontucht met een driejarig meisje, waarop vader zeer fel reageert. De zaak wordt geseponeerd. Plaatsing in een internaat volgt. Hij wordt hier lastig, brutaal en koppig gevonden. Als hij 16 jaar is wordt bekend dat hij tweemaal gepoogd heeft vrouwen te verkrachten. In dezelfde periode heeft hij een tiental keer geëxhibitioneerd voor vrouwen en meisjes. Het Pieter Baan Centrum acht hem in sterk verminderd mate toerekeningsvatbaar. Hij wordt veroordeeld tot drie maanden gevangenisstraf en een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling.*

*Het Selectie Instituut voor ter beschikking gestelden acht plaatsing in een sociotherapeutisch milieu met de mogelijkheid van intensieve behandeling aangewezen, zoals die in Dr. Henri van der Hoeven Kliniek geboden kan worden.*

*Als hij in de kliniek wordt opgenomen is hij ruim 17 jaar. De behandelaars krijgen in de beginperiode moeilijk contact met hem. In de eerste drie jaren maakt hij met wisselende intensiteit gebruik van de behandelingsmogelijkheden. Er is sprake van diverse incidenten zoals exhibitionisme voor groepsleidsters, vernielingen, ontvluchttingspogingen, drankmisbruik en slaan van een medepatiënt en een groepsleider. Geleidelijk komt een ontwikkeling op gang, waarbij met name arbeidstraining en psychotherapie een rol spelen. Tijdens verloven maakt Arend zich drie maal schuldig aan poging tot aanranding en verkrachting. Pas na een half jaar wordt dit bij de staf en justitie bekend. Het bespreken van deze incidenten maakt het mogelijk de behandeling te intensiveren. Hij begint zich - zij het moeizaam - meer te verdiepen in zijn problemen. Op grond van de positieve ontwikkelingen acht de officier van justitie het geruime tijd later verantwoord de zedenzaken te seponeren. Intussen hebben drie verlengingsprocedures plaatsgevonden. Gezien het discontinue verloop van de behandeling en de groot geachte kans op terugval, adviseert de kliniek steeds een verlenging van twee jaar, hetgeen door de officier van justitie en de rechtbank wordt gevolgd.*

*Nadat Arend zes jaar in de kliniek opgenomen is geweest, vinden de kliniek en het ministerie van Justitie het verantwoord hem met proefverlof te laten gaan. Hij heeft voldoende inzicht verworven in het ontstaan van conflicten en problemen, er zijn vertrouwelijke contacten opgebouwd met zijn contactgezin en een medepatiënt. Ook met zijn ouders is een beter contact ontstaan. Hij laat zich goed begeleiden door de reclassering. Nadat het proefverlof een jaar heeft geduurd, verleent het ministerie van Justitie hem voorwaardelijk ontslag uit de maatregel op advies van de reclassering en de kliniek. Als de extramurale begeleiding twee jaar heeft geduurd en Arend 25 jaar is, eindigt de terbeschikkingstelling als de officier van justitie geen verlenging meer vordert.*

*In het interview, zes jaar later, toont Arend zich erg tevreden over zijn huidige situatie: gezin met vrouw en kind, woning, werk, vrijetijdsbesteding. Hij zegt het kader van de behandeling nodig gehad te hebben, anders waren de problemen gebleven.*

*Het strafregister maakt geen melding van recidive.*

## CASUS B

---

*Bernard groeit op in een gezin waarin weinig aandacht is voor de kinderen. Er zijn veel schulden en de politie heeft regelmatig bemoeienis met het gezin. Moeder verlaat het gezin als Bernard 8 jaar is. Met zijn oudere broer pleegt hij diefstalletjes, eerst thuis, later in winkels. Bij een familielid steekt hij een schuurtje in brand. Op school kan hij niet goed meekomen, hij krijgt ontheffing van de leerplicht. Vanaf 15-jarige leeftijd wordt hij in verband met onverschillig gedrag en het steeds plegen van diefstallen achtereenvolgens in enkele jeugdinrichtingen geplaatst. Onder invloed van drank pleegt hij enkele inbraken, richt vernielingen aan en is betrokken bij de diefstal van een pistool. Enkele voorwaardelijke veroordelingen door de kinderrechtter volgen. In het kader van een ondertoezichtstelling wordt Bernard op 19-jarige leeftijd geplaatst in een jeugdinrichting, waar hij met de leiding op de vuist gaat. Wegens diefstal en inbraak wordt hij tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf veroordeeld. Na opheffing van de ondertoezichtstelling trekt hij bij zijn broer in. Bij een ruzie slaat Bernard zijn broer een keer met een staaf en steekt onder invloed van drank diens huis in brand. De rechtbank veroordeelt hem tot acht maanden gevangenisstraf. Na de desentie trekt hij bij zijn moeder in en is hij actief in vrijwilligerswerk.*

*Op 22-jarige leeftijd poogt hij, weer onder invloed van drank, een jonge vrouw te verkrachten, hetgeen gepaard gaat met ernstige mishandeling. Het Pieter Baan Centrum acht hem in verminderde mate toerekeningsvatbaar. Hij wordt veroordeeld tot zeven maanden gevangenisstraf en een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling.*

*Het Selectie Instituut voor ter beschikking gestelden noemt naast de manifeste agressie een treiterig achterbaks gedrag kenmerkend voor Bernard. Het adviseert een diepgaande, zeer intensieve behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.*

*De eerste periode in de kliniek kenmerkt zich door zijn afwachtende houding. Het beleid van de staf is erop gericht dat Bernard leert actiever te worden, leert moeite te doen en leert meer uitdrukking te geven aan wat er in hem omgaat. Enkele maanden na opneming randt hij een groepsleidster aan. Zijn bewegingsruimte in de kliniek wordt beperkt. Samen met medepatiënten bedreigt hij herhaaldelijk anderen, vernielt en provoceert hij. Er is regelmatig sprake van seksueel-getinte opmerkingen waarin hij niet te stoppen is. Gesprekken over seksuele onderwerpen gaat hij nog uit de weg. Pas na verloop van tijd kan hij daarover met een psychotherapeut spreken. Met wisselende inzet neemt hij deel aan behandelingsactiviteiten zoals arbeidstraining, onderwijs, sport en creatieve vakken. Als hij zijn mogelijkheden toch meer en meer ontwikkelt, kan hij van tijd tot tijd op verlof en slaagt erin vrijwilligerswerk te vinden. Een persoonlijke vriendenkring heeft hij echter niet. Wel komt een contact met de reclassering tot stand in verband met een naderend proefverlof. De kliniek acht de basis voor een proefverlof nog zwak, mede omdat hij nog maar moeilijk in staat blijkt conflicten op te lossen. De kliniek, de reclassering en hijzelf achten een stevige begeleiding*

*nodig. Intussen hebben twee verlengingen plaatsgevonden: één van twee jaar en één van één jaar conform het advies van de kliniek.*

*In de praktijk van het proefverlof, dat gerealiseerd wordt nadat Bernard, inmiddels 27 jaar, vier jaar in de kliniek is geweest, houdt hij zich niet altijd aan de afspraken. De kliniek adviseert bij de derde verlengingsprocedure de maatregel voort te zetten, welk advies door de officier van justitie en de rechtbank wordt overgenomen. De reclassering rapporteert dat het goed gaat en acht na een proefverlof van ruim een jaar een voorwaardelijk ontslag verantwoord. De kliniek ziet nog herhalingen van het oude gedragspatroon die nopen tot voorzichtigheid. Derhalve adviseert de kliniek de terbeschikkingstelling voort te zetten met één jaar. De reclassering is het eens met de motivering van de kliniek nog verlenging te adviseren. De vordering van de officier van justitie wordt door de rechtbank afgewezen waarop de maatregel na een totale duur van zes jaar eindigt.*

*Ten tijde van het interview, vijf jaar later, blijkt Bernard zich redelijk te handhaven. Hij vindt dat hij veel heeft bereikt, mede dankzij de structuur die de behandeling bood. Hij drinkt niet meer excessief en is trots op zijn vaste baan en eigen woning. Bernard lijkt evenwel niet over veel persoonlijke contacten te beschikken.*

*Het strafregister vermeldt één geval van mishandeling, bestraft met een geldboete. Hierover zegt hij zelf dat hij iemand voor een paar dagen "het ziekenhuis heeft ingeslagen" (speelde zich enkele jaren vóór het interview af).*

## CASUS C

---

*Cornelis is afkomstig uit een groot gezin, waarin de moeder een dominerende rol speelt. Spanningen treden op in het gezin als gevolg van het moeilijke gedrag van Cornelis. Vanaf 8-jarige leeftijd zoeken de ouders steun bij verschillende hulpverleners. Op de BLO-school zijn er leer- en gedragsproblemen. Hij blijkt niet goed overweg te kunnen met leeftijdsgenoten. Ook loopt hij regelmatig van huis weg. Een internaat rapporteert dat de mogelijkheden van Cornelis beperkt zijn. Vanaf 15-jarige leeftijd werkt hij over het algemeen naar tevredenheid als ongeschoolde arbeider, doet simpel werk in een laag tempo. Hij klaagt veel over lichamelijke klachten (onder andere hoofdpijn en duizelingen). In spanningsvolle situaties lijkt hij geen andere uitweg te weten dan door brand te stichten. Er vinden diverse neurologische, psychiatrische en psychologische onderzoeken plaats, waarin gesteld wordt dat Cornelis een verstandelijk zeer beperkte jongen is met een vermoedelijk cerebraal-organische stoornis. Hij krijgt psychofarmaca voorgeschreven. Vanaf zijn 16-jaar doen zich herhaaldelijk incidenten van brandstichting voor. Hij is twee jaar opgenomen in een pedagogisch instituut. Daar is sprake van vooruitgang qua sociale redzaamheid en hij keert terug naar het gezin. Contacten met hulpverlening blijven bestaan. Ook is er sprake van excessief drankgebruik.*

*Op 23-jarige leeftijd trouwt hij met een vier jaar jongere vrouw. Het paar heeft weinig sociale contacten, er treden spanningen op vanwege de seksuele gepreoccupeerdheid van de vrouw, waarvan Cornelis erg nerveus wordt. Steeds weer onder invloed van alcohol pleegt hij diverse brandstichtingen in of bij hun woning. Hij wordt onderzocht in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De psychiater acht hem in verminderde mate toerekeningsvatbaar en de reclassering adviseert een intramurale*

behandeling in het kader van een voorwaardelijke terbeschikkingstelling. De rechtbank ontslaat Cornelis van rechtsvervolging en legt hem een onvoorwaardelijk terbeschikkingstelling op.

Het Selectie Instituut voor ter beschikking gestelden meent dat tijdens de klinische behandeling veel aandacht geschonken moet worden aan de gezinsproblematiek en selecteert Cornelis voor de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.

Vanaf het begin maakt hij een bereidwillige indruk. In het behandelingsprogramma ligt de nadruk op praktische vaardigheden. Ten aanzien van de familiebehandeling acht de staf het belangrijk dat Cornelis minder afhankelijk wordt van zijn moeder en zijn echtgenote. Bijna een jaar na de opname in de kliniek geeft zijn vrouw te kennen te willen scheiden, hetgeen bij Cornelis verhoogde spanningen teweegbrengt. De inzet van Cornelis bij de behandelingsactiviteiten is sterk afhankelijk van spanningen. Met vallen en opstaan maakt hij vorderingen. Wel raakt hij het overzicht kwijt als hij te veel hooi op zijn vork neemt. Dit patroon zet zich gedurende het driejarige verblijf voort. De staf stimuleert Cornelis in de maatschappij werk en vrijetijdscontacten te zoeken. Dit lukt hem redelijk goed. De contacten met anderen blijven echter oppervlakkig. Bij conflicten heeft hij de neiging weg te lopen, zich te bedrinken en op zoek te zijn naar vrouwen. Gewoonlijk meldt hij zich spoedig daarna weer. De kliniek acht opname in een semi-murale instelling nodig om in een geleidelijke overgang naar de maatschappij te voorzien. Bij de eerste verlengingsprocedure is de terbeschikkingstelling conform het advies van de kliniek met twee jaar verlengd. De kliniek meent bij de tweede verlenging dat nog geruime tijd een extramurale begeleiding gewaarborgd zou dienen te blijven teneinde het risico van delictherhaling te voorkomen en adviseert een verlenging van twee jaar. De rechtbank beslist contrair het advies en de vordering van de officier van justitie de maatregel niet te verlengen. Cornelis is dan 28 jaar en vertrekt naar een tussenvoorziening waarmee reeds contacten zijn gelegd.

Als Cornelis zeven jaar later wordt geïnterviewd blijkt hij zich redelijk te kunnen handhaven. Hij vindt dat hij mede dankzij de behandeling ten gunste is veranderd. Hij is weer getrouwd, heeft een gezin met enkele kinderen en uit ongenoegens niet meer door brand te stichten. Het is voor zijn gezin wel belastend dat hij niet over zijn spanningen kan praten en voor enige tijd wegloopt.

Het strafregister maakt sinds het einde van de terbeschikkingstelling geen melding van recidive.

## CASUS D

---

Dirk is in het gezin waaruit hij afkomstig is, de enige die al op jeugdige leeftijd problemen geeft. De ouders worden in rapporten van verschillende hulpverlenende instanties beschreven als onmachtig. Tijdens de lagere schoolperiode spijbelt hij veel en pleegt hij diefstalletjes. Vanaf zijn tiende jaar komt hij regelmatig in aanraking met de politie. Als hij twaalf jaar is, wordt hij voor het eerst in een jeugdinrichting geplaatst. Hier openbaart zich een patroon dat hem blijft kenmerken: weglopen, rondzwerven, plegen van een reeks van diefstallen. Tal van hulpverleners hebben bemoeienis met Dirk. Een strak kader lijkt aangewezen, anders dreigt hij af te glijden. Op 17-jarige leeftijd is sprake van een suicide-poging en eerste druggebruik. Niemand

heeft echter vat op hem. Dirk krijgt een onvoorwaardelijke jeugd-terbeschikkingstelling opgelegd die na twee jaar wordt opgeheven. Intussen hebben opnemingen in jeugdinrichtingen geen enkel effect. De reclassering vreest een fnuikende invloed van (hard)drugs en wijst op agressieve en depressieve buien. Er volgen diverse veroordelingen tot gevangenisstraf, voornamelijk wegens diefstal met inbraak. De reclasseringsrapporten spreken gaandeweg over een extreem somber beeld en beschrijven Dirk als (toekomstig) psychiatrisch patiënt. In psychiatrische centra en in een verslavingskliniek blijkt hij niet gemotiveerd te zijn en steeds weg te lopen. In toenemende mate lijkt hij een gevaar voor de maatschappij te worden, te meer daar blijkt dat hij ook mensen zodanig mishandelt dat zij in het ziekenhuis moeten worden opgenomen.

Hij staat terecht wegens diverse vermogensdelicten, wordt ontslagen van rechtsvervolging en voor maximaal één jaar geplaatst in een krankzinnigengesticht. Hij loopt daaruit weer weg, pleegt een serie vermogensdelicten en gebruikt dagelijks heroïne. Een verschillende malen geraadpleegde psychiater spreekt over een vorm van schizofrenie blijkend uit beïnvloedings- en betrekkingswaandenkeelden. Daarna volgt een veroordeling tot gevangenisstraf en een voorwaardelijke terbeschikkingstelling. Korte tijd later gelast de rechtbank de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling.

Het Selectie Instituut voor ter beschikking gestelden acht een desintegratietoestand met psychopatische trekken mede onder invloed van druggebruik mogelijk, betwijfelt of er sprake is van schizofrenie, wellicht wel van een borderline-problematiek. Plaatsing in een kliniek voor ter beschikking gestelden ziet het Selectie Instituut als een proefplaatsing. Hij wordt geselecteerd voor de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en is dan 25 jaar.

In de anderhalf jaar tot de eerste verlengingsprocedure herhaalt Dirk het uit de voorgeschiedenis bekende gedragspatroon. Hoewel hij een goedwillende indruk maakt, verzuimt hij activiteiten, gebruikt allerlei drugs, weigert ondersteunende medicatie en ontvlucht. Tijdens ontvluchtingen zwervt hij, pleegt inbraken en gebruikt heroïne. In de kliniek is hij herhaaldelijk verbaal agressief en slaat enkele stafleden. Ook blijkt hij met een mes rond te lopen met het plan iemand te gijzelen om te ontvluchten.

Na ongeveer twee jaar leert hij geleidelijk het nuttig effect van medicatie kennen waardoor hij zich beter kan concentreren en greep kan houden op de werkelijkheid. Vooral enkele creatieve activiteiten en muziekles volgt hij trouw, terwijl zijn inzet bij de arbeidstraining, ondanks perioden van verzuim, opmerkelijk is. Met zijn familie krijgt hij een beter contact. De kliniek acht het aanbieden van een duidelijke structuur, bemoediging en realiteitsconfrontatie nog geruime tijd noodzakelijk. Dirk blijkt zich voorzichtig, langzaam en met verschillende onderbrekingen - waarin hij terugvalt in ontvluchten en druggebruik - in positieve zin te ontwikkelen.

Bij de eerste verlengingsprocedure verlengt de rechtbank de terbeschikkingstelling met twee jaar conform het advies van de kliniek. Bij de tweede procedure spreekt de rechtbank een verlenging uit van één jaar, contrair het twee-jaar-advies van de kliniek, opdat - zoals de rechtbank het uitdrukt - de aanzet tot verbetering vastere vormen kan aannemen en proefverlof binnen afzienbare tijd mogelijk wordt. Als zich na vier jaar intramurale behandeling de derde verlengingsprocedure aandient, adviseert de kliniek, gezien de nog broze ontwikkeling en de noodzaak van een strak kader, een verlenging van één jaar om risico's voor hemzelf en anderen in de maatschappij te voorkomen. Contrair het advies van de kliniek en de vordering van de officier van justitie verlengt de rechtbank de terbeschikkingstelling niet.

*Een half jaar na het vertrek uit de kliniek wordt Dirk, dan 30 jaar, in verband met een poging tot afpersing en het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel onderzocht in het Pieter Baan Centrum. Hij wordt veroordeeld tot anderhalf jaar gevangenisstraf en een voorwaardelijke terbeschikkingstelling. Twee jaar later wordt hij wegens doodslag ontslagen van rechtsvervolging, in een krankzinnigengesticht geplaatst voor de tijd van één jaar, alsmede onvoorwaardelijk ter beschikking gesteld,*

*Hij geeft te kennen in het kader van het onderzoek niet geïnterviewd te willen worden.*

#### **4.4 Verschuivingen in de populatie ter beschikking gestelden**

In de loop van de jaren is de totale populatie ter beschikking gestelden qua omvang en aard aan verandering onderhevig geweest. Het totale aantal ter beschikking gestelden is afgenomen. Werden in 1970 tegelijkertijd 985 terbeschikkingstellingen ten uitvoer gelegd, in 1989 waren dat er 493. Het aantal terbeschikkingstellingen dat jaarlijks wordt uitgesproken bedraagt vanaf het midden van de jaren zeventig ongeveer honderd of minder. Het aandeel van delicten met een gewelddadige component was in 1990 gestegen tot meer dan 90%. Het aandeel van ter beschikking gestelden met een psychose werd in 1990 vastgesteld op 27% tegenover 3% in 1978. Het percentage persoonlijkheidsstoornissen van psychopatische aard bedroeg in 1978 44%, in 1981 51% en in 1990 30%. Persoonlijkheidsstoornissen van andere dan psychopatische aard varieerden van 31% in 1978 tot 19% in 1981, terwijl in 1990 een aandeel van 27% werd geregistreerd (bron: Nota TBS).

Ook in de patiëntenpopulatie van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek zijn verschuivingen zichtbaar. In het follow-up onderzoek bij ex-patiënten van de kliniek (opgenomen in de periode van 1955 tot 1977) vond Van Emmerik (1982) dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten in de loop van de jaren duidelijk was afgenomen. Voorts was er een aanzienlijke toename van het aantal patiënten dat vóór opname delicten had gepleegd waarbij geweld tegen personen was gebruikt (van 22% in 1955 naar 84% in 1977). Ook steeg het percentage patiënten met een heterogene straflijst, dus bijvoorbeeld met delicten zowel uit de vermogenssfeer als uit de seksueel-agressieve sfeer (van 31% in 1955 naar 68% in 1977).

De verschuivingen maken duidelijk dat onderzoeksresultaten op het gebied van de terbeschikkingstelling steeds worden achterhaald door veranderingen in de populatie. In dit licht dienen resultaten uit het onderhavige onderzoek te worden gezien en gerelativeerd. Daar komt nog bij dat de onderhavige onderzoekspopulatie een bepaalde selectie is uit de groep ter beschikking gestelden in de onderzochte jaren.

#### **4.5 De onderzochte jaren**

De selectie van de onderzoekspopulatie bracht met zich mee dat de onderzochte periode zich over verscheidene jaren uitstrekte. In paragraaf 2.8.1 is verklaard hoe de jaren 1980 tot en met 1984 als vertrekjaren werden vastgesteld. Als jaar van vertrek uit de kliniek werd het jaar gehanteerd waarin de betrokkenen 'officieel' de kliniek hadden verlaten, dat wil zeggen het jaar waarin administratief een einde kwam aan hun intramurale verblijfsperiode. Derhalve kon een verschil optreden tussen het feitelijke tijdstip van vertrek en de officiële vertrekdatum (en dus ook een verschil in het jaar van vertrek).

Bij de proefverlofgangers komt het namelijk wel voor dat de kliniek, in overleg met de begeleidende reclassering, het nodig vindt het proefverlof van een patiënt in te trekken. Ook doen zich situaties voor waarin de patiënt reeds met verlof buiten de kliniek verblijft in afwachting van de voor het proefverlof vereiste toestemming van het ministerie van Justitie. In twee gevallen leidden deze omstandigheden tot een verschil in feitelijk en officieel vertrekjaar.

De jaren waarin de terbeschikkingstellingen werden opgelegd en de betrokkenen in de kliniek werden opgenomen, waren uiteraard enkele jaren daarvoor gesitueerd. Tabel 4.1 laat de reeks jaren zien waarover het onderzoek zich uitstrekte.

[illegible]

**Tabel 4.2:** *Overzicht van vertrekjaren van mannelijke ter beschikking gestelden in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en de onderzoekspopulatie*

Tussen haakjes zijn de totalen opgenomen inclusief de toenmalige vrouwelijke patiënten. Tevens toont de tabel het totaal aantal vertrokken patiënten alsmede het kader waarin dat gebeurde. Hieronder zijn uitsluitend mannelijke ter beschikking gestelden begrepen. Uit de hier weergegeven aantallen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers is de onderzoekspopulatie samengesteld. De oud-patiënten die in de onderzochte jaren - veelal ter herselectie - naar het Selectie Instituut werden overgeplaatst, bleven dus buiten beschouwing (zie paragraaf 2.8.1).

## 4.6 Criminaliteit

Een belangrijk gegeven met betrekking tot ter beschikking gestelden is de door hen gepleegde criminaliteit. Deze vormt tenslotte de aanleiding tot de terbeschikkingstelling, met name in de vorm van het laatst gepleegde delict. In de volgende paragrafen worden enkele gegevens met betrekking tot de delinquente carrière van de onderzoekspopulatie besproken en statistisch getoetst (Siegel, 1956).

### 4.6.1 Criminaliteit in verband met de oplegging van de terbeschikkingstelling

In het kader van het voorbereidend onderzoek werd over alle onderzochte personen door deskundigen een voorlichtingsrapport opgemaakt. Over de ene helft (gelijkelijk verdeeld over de proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers) werd gerapporteerd door de Psychiatrische Observatie Kliniek (viermaal na een eerder ambulant onderzoek), terwijl in de andere helft uitsluitend een ambulant onderzoek plaats vond (veelal door een districts-psychiater).

Bij ruim de helft van de onderzochten is voorafgaand aan of tijdens het plegen van het opleggingsdelict sprake geweest van gebruik van alcohol en/of drugs. Bij de niet-proefverlofgangers kwam dit meer voor dan bij de proefverlofgangers. Twee onderzochten werden door de rechter volledig ontoerekeningsvatbaar geacht en kregen derhalve geen straf opgelegd. In de overige gevallen werd bij de oplegging van de maatregel tevens een onvoorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd. De gemiddelde duur hiervan bedroeg zes maanden. Met uitzondering van één niet-proefverlofganger met een vrijheidsstraf van drie jaar, waren alle vrijheidsstraffen korter dan één jaar. In acht gevallen (waarvan één proefverlofganger) ging het om de tenuitvoerlegging van een eerder opgelegde voorwaardelijke terbeschikkingstelling. In een kwart van de gevallen werd de terbeschikkingstelling uitgesproken in hoger beroep.

**Tabel 4.3: Het opleggingsdelict en de wijze van vertrek**

opleggingsdelict	PV	N-PV	totaal
agressief delict	5	6	11
seksueel delict	11	5	16
vermogensdelict	4	9	13
totaal	20	20	40



In tabel 4.3 is weergegeven op grond van welke delictsoort de terbeschikkingstelling destijds is uitgesproken. In het vervolg wordt ook wel de term 'opleggingsdelict' gebruikt. Bedacht moet worden dat over het algemeen ook de voorafgaande delicten mede bepalen of al dan niet een terbeschikkingstelling wordt uitgesproken. De meeste ter beschikking gestelden hebben een aanzienlijke straflijst met verschillende soorten delicten. De onderliggende problematiek kan door de registratie van het opleggingsdelict worden vertroebeld. Zo kan bij een aantal agressieve delicten de seksuele component een belangrijke rol spelen. Voor dit onderzoek is uitgegaan van het delict dat als eerste bewezen werd verklaard, zoals ook in andere onderzoeken op het terrein van de terbeschikkingstelling is gebeurd.

Tot de agressieve delicten behoorden misdrijven als doodslag, mishandeling, brandstichting (zowel met gevaar voor goederen als voor personen) en wederrechtelijke vrijheidsberoving. Van de elf onderzochten met een dergelijk opleggingsdelict ging de ene helft met proefverlof en de andere helft niet. In de categorie seksueel delict ging het om verkrachting, aanranding en één geval van ontucht; elf van deze zestien personen verlieten de kliniek uiteindelijk met proefverlof. Tot de categorie vermogensdelicten behoorde een relatief grote groep van zeven personen met het misdrijf van diefstal met geweldpleging. De terbeschikkingstelling van deze groep werd tegen het advies van de kliniek beëindigd. Onder de categorie vermogensdelicten vielen voor het overige delicten als flessentrekkerij, oplichting, afpersing en heling. Opgemerkt wordt dat de laatst genoemde delicten tegenwoordig geen aanleiding meer vormen een terbeschikkingstelling op te leggen. Wel komen dergelijke delicten voor in de criminele carrière van de huidige ter beschikking gestelden en kunnen een rol spelen bij de oplegging van de maatregel als "de ernst van het begane feit en de veelvuldigheid van voorafgegangene veroordelingen wegens misdrijf" in aanmerking worden genomen (art. 37a, derde lid Sr.). Van de ter beschikking gestelden die wegens vermogensdelicten waren opgenomen verlieten er tweemaal zoveel de kliniek nadat de maatregel tegen het advies van de kliniek was beëindigd als met proefverlof.

**Tabel 4.4:** *Leeftijd bij de oplegging van de terbeschikkingstelling en de wijze van vertrek*

leeftijd	PV	N-PV	totaal
17-20 jaar	8	3	11
21-25 jaar	6	3	19
26-30 jaar	3	4	7
31-32 jaar	3	-	3
totaal	20	20	40

Tabel 4.4 laat zien dat het om een betrekkelijk jonge populatie ging. De gemiddelde leeftijd was bij de oplegging van de maatregel 23 jaar.

#### 4.6.2 Criminaliteit voorafgaande aan de terbeschikkingstelling

Bij de meeste onderzochten was de terbeschikkingstelling niet de eerste veroordeling. Bijna driekwart van de onderzoekspopulatie kwam tussen het twaalfde en het achttiende

jaar voor het eerst met de politie in aanraking. Hier verschilden proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers niet veel van elkaar. Meer proefverlofgangers dan niet-proefverlofgangers evenwel waren tussen het twaalfde en het achttiende jaar voor het eerst door de rechter veroordeeld. Vóór de oplegging van de maatregel was over de gehele onderzoeksgroep gemiddeld per persoon negen maal een proces-verbaal wegens misdrijf opgesteld (het gaat hier en in het vervolg om mediane waarden). Gemiddeld lag dit aantal voor de proefverlofgangers met 7,5 lager dan voor de niet-proefverlofgangers (gemiddeld twaalf), maar dit verschil is niet significant. Eveneens niet significant is het verschil tussen de niet-proefverlofgangers (gemiddeld twee) en de proefverlofgangers (gemiddeld één) wat betreft het aantal malen dat processen-verbaal waren geseponneerd.

Voordat de maatregel werd opgelegd hadden de niet-proefverlofgangers bijna tweemaal zoveel vonnissen achter de rug als de proefverlofgangers. Dit verschil is zelfs significant (T-toets,  $t=2.26$ ,  $df=33.86$ ,  $p=.030$ ). Ook wat betreft het aantal boetes vertoonden de proefverlofgangers een 'gunstiger' beeld: 20% had een boete opgelegd gekregen tegenover 45% van de niet-proefverlofgangers. De niet-proefverlofgangers waren voorafgaand aan de terbeschikkingstelling significant meer dan de proefverlofgangers tot een vrijheidsstraf veroordeeld (T-toets,  $t=2.46$ ,  $df=30.84$ ,  $p=.020$ ). Gemiddeld drie maanden langer waren de vrijheidsstraffen waartoe de niet-proefverlofgangers werden veroordeeld. Ongeveer 65% procent van de onderzoekspopulatie was één of meer malen veroordeeld tot een voorwaardelijke vrijheidsstraf. Wat betreft de aard van de voorafgaande criminaliteit valt op te merken dat tegen 20% van de proefverlofgangers en 45% van de niet-proefverlofgangers een proces-verbaal wegens een agressief delict werd opgesteld. Bij 30% van de proefverlofgangers was sprake geweest van een seksueel delict tegenover 15% van de niet-proefverlofgangers. Op het gebied van vermogensdelicten, waaronder die met geweldpleging, kwamen bij de helft van de proefverlofgangers vier processen-verbaal voor tegenover acht bij de niet-proefverlofgangers. Tegen de niet-proefverlofgangers was gemiddeld 10,5 maal een proces-verbaal wegens vermogenscriminaliteit opgesteld, tegen de proefverlofgangers gemiddeld 6,5 maal.

#### 4.6.3 Criminaliteit tijdens de terbeschikkingstelling

Tijdens de behandelingsperiode in de kliniek staat de veiligheid voortdurend in de aandacht teneinde zowel herhaling van delicten binnen de kliniek te voorkomen als ook om risico's verbonden aan ontvluchtingen uit het gebouw te minimaliseren. Alleen als het verantwoord wordt geacht, vinden begeleide of onbegeleide verloven plaats. De permanente zorg voor de veiligheid verlaagt het delict risico tijdens de behandelingsperiode in aanzienlijke mate. Niettemin kan niet elk risico worden uitgesloten, zo blijkt uit tabel 4.5.

**Tabel 4.5:** *Aantal processen-verbaal wegens misdrijf tijdens de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling en de wijze van vertrek*

delict tijdens t.u.l.	PV	N-PV	totaal
agressief delict	3	–	3
seksueel delict	4	3	7
vermogensdelict	6	7	13
<b>totaal</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>23</b>

Tegen de helft van de onderzoekspopulatie werd tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel proces-verbaal opgemaakt wegens een misdrijf. In tien gevallen leidden de processen-verbaal tot een veroordeling, waarbij zes maal een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf werd uitgesproken. Behalve één delict werden alle delicten tijdens de looptijd van de maatregel buiten de behandelingskliniek gepleegd tijdens een proefverlof, verlof dan wel ongeoorloofde afwezigheid. Er is op dit gebied geen significant onderscheid tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers te constateren. Het betrof voor het merendeel vermogensdelicten. Met uitzondering van één geval van aanranding en één geval van dreiging met aanranding, die bestraft werden met onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen, werden andere delicten (tweemaal poging tot verkrachting, eenmaal verkrachting en eenmaal openbare schennis) geseponeerd op grond van de lopende terbeschikkingstelling of voorwaardelijk niet vervolgd. Onder de agressieve delicten vielen lichte vormen van geweldpleging hetgeen in één geval tot de oplegging van een boete leidde.

#### 4.6.4 Criminaliteit na de terbeschikkingstelling

Uiteraard gaat bijzondere aandacht uit naar eventuele herhaling van het delinquente gedrag van voormalige ter beschikking gestelden nadat de maatregel is opgeheven. Voor de onderzoekspopulatie is nagegaan welke recidive in de zin van (verdenking van) een misdrijf is geregistreerd.

**Tabel 4.6:** *Vóórkomen van recidive wegens misdrijf na einde van de terbeschikkingstelling en de wijze van vertrek*

delict na einde	PV	N-PV	totaal
geen recidive	6	3	9
wel recidive	14	17	31
totaal	20	20	40

Driekwart van de onderzoekspopulatie, zo blijkt uit tabel 4.6 kreeg na beëindiging op zijn minst één proces-verbaal wegens misdrijf. Tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers bestaat wat dat betreft geen significant verschil. Er is wel een significant verschil in het totaal aantal processen-verbaal (T-toets,  $t=2.19$ ,  $df=20.59$ ,  $p=.040$ ). De niet-proefverlofgangers hadden aanzienlijk meer processen-verbaal (gemiddeld 4,5) dan de proefverlofgangers (gemiddeld 1).

In navolging van Van Emmerik (1985, 1989) worden in tabellen 4.7 en 4.8 vier recidive-criteria gehanteerd om de gradaties en de ernst van de recidive zichtbaar te maken. De recidive-criteria hebben de volgende betekenis:

- *Enig misdrijf*: enig na beëindiging van de terbeschikkingstelling bekend geworden misdrijf, zoals geregistreerd als proces-verbaal in het Justitiële Documentatieregister, ongeacht de afdoening. Buiten beschouwing zijn gelaten zaken die zijn geseponeerd op

grond van 'geen of onvoldoende bewijs' of die na de rechtszitting zijn geëindigd met een vrijspraak.

- *Opnieuw veroordeeld*: enig na beëindiging van de terbeschikkingstelling bekend geworden misdrijf dat heeft geleid tot een veroordeling van welke aard dan ook.
- *Onvoorwaardelijke gevangenisstraf en/of tbs met bevel tot verpleging*: enig na beëindiging van de terbeschikkingstelling bekend geworden misdrijf dat heeft geleid tot de oplegging van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf of een nieuwe terbeschikkingstelling.
- *Onvoorwaardelijke gevangenisstraf langer dan zes maanden en/of tbs met bevel tot verpleging*: als hiervoor, maar met dien verstande dat de opgelegde vrijheidsstraf tenminste zes maanden heeft bedragen.

Deze indeling wordt in het vervolg de indeling naar het *reactie-criterium* genoemd, omdat het de justitiële reactie als uitgangspunt heeft. Overigens is het niet het enig mogelijke criterium. Verderop zullen ook andere recidive-criteria worden gebruikt.

**Tabel 4.7:** *Recidive volgens vier reactie-criteria en de wijze van vertrek*

recidive-criteria	PV	N-PV	totaal
enig misdrijf	14 (70%)	17 (85%)	31 (77%)
opnieuw veroordeeld	10 (50%)	17 (85%)	27 (67%)
idem tot onv.gev.str.en/of tbs	5 (25%)	11 (55%)	16 (40%)
idem tot onv.gev.str.>= 6 mnd. en/of tbs	4 (20%)	6 (30%)	10 (25%)
	N=20	N=20	N=40

**Tabel 4.8:** *Recidive volgens vier reactie-criteria naar soort van het opleggingsdelict*

recidive-criteria	agressief delict	seksueel delict	vermogens delict
enig misdrijf	8 (73%)	11 (69%)	12 (92%)
opnieuw veroordeeld	7 (64%)	9 (56%)	11 (85%)
idem tot onv.gev.str.en/of tbs	3 (27%)	4 (25%)	9 (69%)
idem tot onv.gev.str.>= 6 mnd. en/of tbs	1 ( 9%)	4 (25%)	5 (38%)
	N=11	N=16	N=13

Als de proefverlofgangers en de niet-proefverlofgangers met elkaar worden vergeleken, uitgaande van het criterium dat een delict tot een veroordeling heeft geleid, dan blijken beide subgroepen significant van elkaar te verschillen (Pearson Chi-kwadraat 5.58, df=1, p=.018). Bij het zwaardere criterium van een veroordeling tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf is eveneens een verschil op te merken, zij het dat dat niet significant is. Er

is ook een verschil te constateren bij het zwaarste criterium van een veroordeling tot een vrijheidsstraf van tenminste zes maanden, maar dit is eveneens niet significant.

Opgemerkt wordt dat zowel bij de proefverlofgangers als de niet-proefverlofgangers nieuwe terbeschikkingstellingen werd opgelegd. Bij de proefverlofgangers ging het om één voorwaardelijke terbeschikkingstelling (het was vóór de wetswijzing van 1988) wegens brandstichting en één (daarmee vergelijkbare) terbeschikkingstelling met aanwijzingen, eveneens wegens brandstichting. Bij de niet-proefverlofgangers betrof het in twee gevallen een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling wegens doodslag respectievelijk verkrachting en moord.

In de tabellen 4.9 en 4.10 worden behalve de algemene recidive de zogenaamde speciale en specifieke recidive vermeld. Onder speciale recidive wordt verstaan dat een delict is gepleegd dat tot dezelfde 'soort' behoort (agressief, seksueel dan wel vermogensdelict). Tot specifieke recidive wordt een recidive gerekend met hetzelfde delict dat tot de maatregel aanleiding gaf. Een specifieke recidive valt uiteraard ook in de categorie van speciale recidive.

**Tabel 4.9:** *Het opleggingsdelict en de aard van de recidive*

opleggingsdelict	opgelegd	recidive	speciale recidive	specifieke recidive
agressief delict	11 (27%)	8 (73%)	4 (36%)	3 (27%)
seksueel delict	16 (40%)	11 (69%)	4 (25%)	2 (12%)
vermogensdelict	13 (32%)	12 (92%)	12 (92%)	12 (92%)
totaal	40 (99%)	31	20	17

**Tabel 4.10:** *Speciale en specifieke recidive en vier reactie-criteria*

recidive-criteria	speciale recidive	specifieke recidive
enig misdrijf	20 (50%)	17 (42%)
opnieuw veroordeeld	18 (45%)	15 (37%)
idem tot onv.gev.straf en/of tbs	14 (35%)	12 (30%)
idem tot onv.gev.straf >= 6 mnd. en/of tbs	9 (22%)	8 (20%)
	N=20	N=17

Het is duidelijk dat de vermogensdelinquenten het meest in herhaling vervielen en ook met hetzelfde (soort) delict. Een kwart van de wegens agressieve delicten veroordeelden pleegde hetzelfde delict, terwijl 12% van de seksuele delinquenten weer hetzelfde delict pleegden.

Wordt het al dan niet met proefverlof gaan in verband gebracht met het criterium van speciale recidive dan blijken de niet-proefverlofgangers significant meer met dezelfde

delictsoort gerecidiveerd te hebben dan de proefverlofgangers (Pearson Chi-kwadraat=6.4, df=1, p=.011). Hoewel niet significant is deze tendens ook aanwezig ten aanzien van de specifieke recidive.

Als de niet-recidivisten buiten beschouwing worden gelaten blijkt van de recidivisten 65% één of meermalen gerecidiveerd te hebben met (mede) soortgelijke delicten en 55% met (mede) dezelfde delicten als de delicten die destijds tot de oplegging van de terbeschikkingstelling hadden geleid.

Over de ernst van de recidive valt het volgende op te merken. Uit de hierboven gehanteerde vier recidive-criteria kan in zekere zin de ernst van de recidive worden afgeleid. De schaal loopt van een proces-verbaal in verband van een misdrijf tot een veroordeling met een vrijheidsstraf van tenminste zes maanden. Ook speciale of specifieke recidive geeft in combinatie met het opleggingsdelict een indicatie voor de ernst van de recidive.

Een andere manier om de ernst van de recidive tot uitdrukking te brengen bestaat uit de telling van het aantal processen-verbaal dat op grond van de onderscheiden delictsoorten was opgemaakt. Hierbij valt op dat het gemiddeld aantal processen-verbaal voor de hele onderzoeksgroep met betrekking tot agressieve en seksuele delicten gering is (.52 respectievelijk .075) en dat er geen verschil aantoonbaar is tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. Er is een niet-significant verschil tussen de subgroepen wat betreft recidive met vermogensdelicten. Tegen de proefverlofgangers was gemiddeld in 1,6 gevallen proces-verbaal opgemaakt en bij de niet-proefverlofgangers gemiddeld in 9,3 gevallen. Zes niet-proefverlofgangers hadden een belangrijk aandeel in deze uitkomst. Ieder van hen was verantwoordelijk voor enkele tientallen processen-verbaal.

Bij het 'zwaarste' criterium van Van Emmerik kan sprake zijn geweest van een veroordeling wegens (een reeks) vermogensdelicten. Het is de vraag of dit ernstige recidive genoemd moet worden, mede in het licht van de huidige opleggingsdelicten, waartoe nauwelijks meer vermogensdelicten behoren. Mede om aan dit bezwaar tegemoet te komen is ook een ander criterium gebruikt om de ernst van de recidive in kaart te brengen. Dit indelingscriterium wordt in het vervolg het *zwaarte-criterium* genoemd. Teneinde de 'zwaarte' van recidive te operationaliseren is uitgegaan van de in de dataverzameling per onderzochte opgenomen registratie van processen-verbaal wegens misdrijf na beëindiging van de terbeschikkingstelling naar de aard van het delict. Na hercodering is een variabele ontstaan waarop de onderzochten zijn ingedeeld naar de zwaarste categorie misdrijf waaraan zij zich tenminste eenmaal hebben schuldig gemaakt. Een voordeel van deze indeling boven die van de reactie-criteria is dat de aard en de ernst van de recidive zichtbaar blijven. Op deze wijze is een indeling tot stand gekomen naar vier recidive-niveaus:

- *Geen recidive*: geen proces-verbaal wegens misdrijf geregistreerd.
- *Lichte recidive*: tenminste één proces-verbaal wegens misdrijven met geringe ernst, zoals eenvoudige diefstal, oplichting, heling.
- *Ernstige recidive*: tenminste één proces-verbaal wegens misdrijven van meer ernstige aard, zoals ontucht, brandstichting met gevaar voor goederen, mishandeling, diefstal met braak/inklimming, onder invloed rijden.
- *Zeer ernstige recidive*: tenminste één proces-verbaal wegens misdrijven van zeer ernstige aard, zoals levensdelicten, aanranding, verkrachting, brandstichting met gevaar voor personen, zware mishandeling.

Aan elke recidive-maat kleven beperkingen en bezwaren. Enerzijds blijken bij de geregistreerde recidives onder het zwaarste reactie-criterium uiteenlopende delictsoorten te vallen zoals oplichting, diefstal met braak, verkrachting en moord. Anderzijds brengt de indeling volgens het zwaarte-criterium met zich mee dat de delictomschrijving in het proces-verbaal bepalend is. Een op deze wijze geregistreerde recidive in de categorie '(zeer) ernstige recidive' behoeft nog niet geleid te hebben tot een veroordeling. In zo'n geval kan seponering wegens geringe ernst of onvoldoende bewijs duiden op een geringere ernst dan de delictaanduiding in eerste instantie doet vermoeden.

**Tabel 4.11:** *Recidive volgens vier zwaarte-criteria en het delict waarvoor de terbeschikkingstelling is opgelegd*

recidive-criteria	agressief delict	seksueel delict	vermogens delict	totaal
geen recidive	3	5	1	9 (22%)
lichte recidive	3	4	5	12 (30%)
ernstige recidive	4	5	4	13 (32%)
zeer ernstige recidive	1	2	3	6 (15%)
<b>totaal</b>	<b>11 (27%)</b>	<b>16 (40%)</b>	<b>13 (32%)</b>	<b>40 (99%)</b>

**Tabel 4.12:** *Recidive volgens vier zwaarte-criteria en de wijze van vertrek*

recidive-criteria	PV	N-PV	totaal
geen recidive	6 (30%)	3 (15%)	9 (22%)
lichte recidive	4 (20%)	8 (40%)	12 (30%)
ernstige recidive	8 (40%)	5 (25%)	13 (32%)
zeer ernstige recidive	2 (10%)	4 (20%)	6 (15%)
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

Uit de tabellen 4.11 en 4.12 komt het volgende naar voren. De helft van de onderzochten had na beëindiging van de terbeschikkingstelling geen delict of een delict van een geringe ernst gepleegd. Er is geen significant verschil te constateren tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. De verdeling van de recidivisten naar opleggingsdelict is gelijk.

Het merendeel van de recidivisten (80%, dat is 62% van de totale groep) pleegde een delict dat in de categorie 'licht' dan wel 'ernstig' is te klasseren. Een klein deel, zes onderzochten (15%, dat is 19% van de recidivisten), blijkt zeer ernstige delicten (in totaal gaat het om zeven misdrijven) gepleegd te hebben; het betreft twee proefverlofgangers en vier niet-proefverlofgangers. Twee van deze gevallen leidden tot een nieuwe terbeschikkingstelling, zoals hierboven al is vermeld.

Bij de populatie wier terbeschikkingstelling eindigde in de jaren 1979 tot 1983, vond Van Emmerik een percentage van 18% voor ernstige geweldsdelicten (Van Emmerik, 1989, p.8). Bij de onderhavige populatie ligt dat percentage op 15%.

Bij de proefverlofgangers werd gemiddeld 21 maanden en bij niet-proefverlofgangers gemiddeld negen maanden na het vertrek uit de kliniek een eerste proces-verbaal wegens misdrijf opgemaakt. De perioden waarin de eerste recidive plaatsvond lagen nog al uit elkaar: bij de proefverlofgangers tussen acht maanden en vijftienhalf jaar na vertrek, bij de niet-proefverlofgangers tussen één maand en zeveneneenhalf jaar na vertrek. Een verklaring voor dit opvallende verschil is ongetwijfeld dat de proefverlofgangers nog enige tijd (de helft langer dan één jaar) werden begeleid door reclasseringswerkers, hetgeen in de periode kort na vertrek uit de kliniek waarschijnlijk een preventieve werking heeft gehad.

Een vergelijking van de hierboven weergegeven recidive-gegevens met die uit andere onderzoeken is niet goed mogelijk. De recidive-onderzoeken van Van Emmerik uit 1985 en 1989 betreffen grote en representatieve groepen voormalige ter beschikking gestelden uit diverse klinieken. In het onderhavige onderzoek is een niet-representatieve steekproef van proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers onderzocht. Vergelijking met het onderzoek van Ten Wolde is ook bezwaarlijk omdat slechts 37% van de onderzochten in Hoeve Boschoord was opgenomen in het kader van een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling (Ten Wolde, 1990). Bovendien is uit de onderzoeken van Van Emmerik bekend dat de populaties van de onderscheiden behandelingsklinieken in een aantal opzichten van elkaar verschillen. Wel laten de genoemde onderzoeken een overeenkomstige tendens zien: betrekkelijk veel nieuwe processen-verbaal en betrekkelijk weinig (zeer) ernstige recidive als het zwaarste recidive-criterium wordt beschouwd.

#### **4.7 De sociale achtergrond**

Meer dan de helft van de onderzochten was afkomstig uit volledige gezinnen. Bij de rest was tijdens de jeugd jaren een scheiding of overlijden van ouders voorgevallen. Bij ruim een kwart van de populatie was sprake van psychosociale problemen bij de moeder, terwijl bij een kwart van de ouders een of andere vorm van criminaliteit werd geregistreerd. Als de psychosociale en criminele achtergrond van de ouders bijeen wordt genomen, blijken de ouders van 37% van de onderzochten een problematische achtergrond te hebben gehad. Opvallend is dat bijna de helft van de oud-patiënten afkomstig was uit gezinnen waarin zij de oudsten waren.

Qua opleidingsniveau valt te vermelden dat bijna de helft uitsluitend lager onderwijs had genoten en een even groot deel ook lager beroepsonderwijs. Slechts een enkeling volgde een middelbare beroepsopleiding. Daarenboven had slechts 35% de hoogst genoten opleiding voltooid. Bijna driekwart had vóór de terbeschikkingstelling een beroep uitgeoefend dat tot de twee laagste categorieën van de beroepenlijst behoorde (beroepsniveau 1 en 2 van de Beroepenklapper 1975). De proefverlofgangers vertoonden hier een gunstiger beeld dan de niet-proefverlofgangers: drie maal meer proefverlofgangers dan niet-proefverlofgangers hadden inkomsten uit werk. Evenveel personen hadden inkomsten uit werk als uit een uitkering. Overigens was de informatie op dit terrein in de dossiers veelal summier.

Ruim driekwart van de oud-patiënten was niet gehuwd toen de terbeschikkingstelling werd opgelegd. Veertig procent van hen woonde bij de ouders of bij familieleden, slechts enkelen woonden zelfstandig. Over driekwart vermeldde de rapporten dat de sociale contacten weinig waren ontwikkeld. Over ongeveer de helft van de populatie stond genoteerd dat zij tot een kerkgenootschap behoorden.



Bij de helft van de onderzochten was een jeugdmaatregel uitgesproken en bij meer dan 60% was sprake geweest van een uithuisplaatsing in een inrichting dan wel in een pleeggezin. Een kwart van de totale groep was een of meermalen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, waarbij opvalt dat dit bij de niet-proefverlofgangers meer was voorgekomen dan bij de proefverlofgangers. Hetzelfde beeld werd aangetroffen waar het contacten met de ambulante geestelijke gezondheidszorg betrof. Zeven van de veertig onderzochten, waaronder vijf niet-proefverlofgangers, waren reeds eerder in een andere inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden opgenomen geweest.

#### 4.8 De behandelingsperiode

Bij de opneming in de kliniek was over het algemeen een psychopathologische diagnose volgens de indeling van de ICD-9 bekend, opgesteld door het Selectie Instituut. In vijftien van de veertig gevallen ontbrak deze echter in de geraadpleegde dossiers. Wel was van alle gevallen de diagnose aanwezig die de kliniek bij opneming en vertrek aan de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) opgaf. Tussen opnemings- en vertrekdiagnose was in die gevallen geen verschil. Ruim de helft van de onderzochten werd aangemerkt als 'personality disorder with predominantly sociopathic or asocial manifestation', een derde deel als 'unspecified personality disorder'. Alleen wat de eerst genoemde diagnose betreft stemden de indelingen van het Selectie Instituut, voor zover bekend, en de kliniek overeen.

**Tabel 4.13:** *Leeftijd bij de opneming in de kliniek en de wijze van vertrek*

leeftijd	PV	N-PV	totaal
17-20 jaar	6	4	10
21-25 jaar	6	10	16
26-30 jaar	5	4	9
31-32 jaar	3	2	5
totaal	20	20	40

Tabel 4.13 geeft de leeftijd bij opneming in de behandelingskliniek weer. De gemiddelde leeftijd bedroeg 23 jaar (mediaan), waarbij geen verschil tussen de beide subgroepen aantoonbaar is.

Driekwart van de oud-patiënten was alleen in een leefgroep opgenomen geweest, een kwart had tevens één of meermalen een periode doorgebracht op de afdeling voor individuele en intensieve behandeling, gedurende één maand of enkele maanden. Van een flatje, een tussenvoorziening in de kliniek, werd door ruim een kwart (voor het grootste deel proefverlofgangers in het kader van de voorbereiding op een zelfstandig bestaan na het vertrek uit de kliniek) gebruik gemaakt.

Van regelmatig voorschrijven van psychofarmaca was bij driekwart van de populatie in elk geval geen sprake geweest, over de resterende tien bestonden te weinig gegevens om definitieve uitspraken te doen. Het is niettemin bekend dat het medicatiebeleid in de periode waarin de onderzoekspopulatie in de kliniek was opgenomen, terughoudend was. Van slechts twee onderzochten was regelmatige medicatie expliciet geregistreerd.

Zes personen (drie proefverlofgangers en drie niet-proefverlofgangers) waren in crisissituaties tijdelijk overgeplaatst naar het Selectie Instituut en na enige tijd weer teruggekomen. Bij bijna de helft was tijdens de opneming alcohol en/of druggebruik geconstateerd, bij de niet-proefverlofgangers tweemaal zoveel als bij de proefverlofgangers. De helft van de oud-patiënten was tenminste eenmaal langer dan één dag ongeoorloofd afwezig geweest, een kwart korter dan één dag. De niet-proefverlofgangers waren meer en langer ongeoorloofd afwezig geweest dan de proefverlofgangers.

Aan de arbeidstraining, een door de kliniek belangrijk geachte behandelsactiviteit, namen de meeste oud-patiënten redelijk tot actief deel. Als vervolg op het werken op de kliniekwerkplaatsen wordt het zogenaamde buitenwerk gezien: bij een werkgever buiten de kliniek. De helft van de proefverlofgangers had dat gedaan, daartegenover slechts drie niet-proefverlofgangers. Praktisch alle onderzochten hadden binnen de kliniek onderwijs gevolgd, eveneens een belangrijk terrein van de behandeling: de helft op het niveau van het basisonderwijs, de rest op het niveau van lager of middelbaar beroepsonderwijs. Ruim 60% van de oud-patiënten had geparticipeerd in een vorm van familie- of gezinsbehandeling. Met beide of één van beide geestelijk verzorgers had bijna de helft van de onderzoeksgroep contact gehad. Deelname aan overlegorganen en commissies, waarin patiënten samen met stafleden zitting hebben, was het geval bij 65% van de onderzochten.

Teneinde patiënten nieuwe eigen contacten te laten ontwikkelen bestaat de mogelijkheid hen in aanraking te brengen met een contactgezin of contactpersoon. Ruim een kwart van de onderzoeksgroep blijkt een dergelijk contact gehad te hebben, waarvan de intensiteit hoog kon worden genoemd. Het eerste begeleide verlof vond gemiddeld ongeveer een jaar na de opneming plaats, het eerste ongeleide verlof na anderhalf jaar. Er is wat dit betreft geen aantoonbaar verschil tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers.

Voor een nauwkeurige beschrijving van de deelname aan de overige behandelingsactiviteiten, zoals individuele psychotherapie of groepstherapie, creatieve en sportactiviteiten, bleek de registratie van de desbetreffende gegevens in de onderzochte periode onvoldoende exact en betrouwbaar. Wel kan gezegd worden dat praktisch alle oud-patiënten korte of lange tijd aan deze activiteiten hebben deelgenomen. Uit de individuele casusbeschrijvingen valt dit ook af te leiden. Voor een meer gedetailleerde weergave van frequentie en intensiteit waren de beschikbare gegevens echter ontoereikend.

#### 4.9 Het vertrek uit de kliniek en de periode daarna

**Tabel 4.14:** *Leeftijd bij het vertrek uit de kliniek en de wijze van vertrek*

leeftijd	PV	N-PV	totaal
20 jaar	–	2	2
21–25 jaar	9	5	14
26–30 jaar	3	10	13
31–32 jaar	8	3	11
totaal	20	20	40

De gemiddelde leeftijd bij vertrek bedroeg voor de hele groep 27,5 jaar, voor de proefverlofgangers 26 jaar en voor de niet-proefverlofgangers 28 jaar (alle mediane waarden). Uit tabel 4.14 is af te leiden dat er bij de proefverlofgangers betrekkelijk veel oud-patiënten jonger dan 25 jaar waren. Driekwart van de niet-proefverlofgangers was tussen de 20 en 30 jaar.

De tijdsduur van het verblijf in de kliniek wordt in tabel 4.15 op twee manieren aangegeven: als brutoduur en als nettoduur. Onder brutoduur wordt de periode verstaan vanaf de opnemingsdatum tot en met de officiële datum van vertrek, met of zonder proefverlof. Voor de berekening van de nettoduur zijn perioden van ongeoorloofde afwezigheid en tijdelijke overplaatsing afgetrokken. De nettoduur geeft een beter inzicht in de tijdsduur van de directe bemoeienis van de behandelaars in of vanuit de kliniek met de oud-patiënten.

**Tabel 4.15: Bruto- en netto verblijfsduur in de kliniek en de wijze van vertrek**

verblijfsduur	PV		N-PV		totaal	
	bruto	netto	bruto	netto	bruto	netto
0 - 1 jaar	-	-	-	4	-	4
1 - 2 jaar	2	3	6	4	8	7
2 - 3 jaar	2	5	2	3	4	8
3 - 4 jaar	7	5	6	6	13	11
4 - 5 jaar	7	4	5	2	12	6
meer dan 5 jaar	2	3	1	1	3	4
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>40</b>

Voor de hele onderzoekspopulatie gold een bruto gemiddelde verblijfsduur van 3,5 jaar, er is slechts een klein verschil tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. Het kortste verblijf is 13 maanden geweest en het langste 11,3 jaar. Als de nettoduur wordt gezien blijken de proefverlofgangers met een gemiddelde van 3,3 jaar langer in de kliniek geweest te zijn dan de niet-proefverlofgangers met 2,96 jaar. Dit overigens niet zo grote verschil is wellicht verklaarbaar uit het gegeven dat de niet-proefverlofgangers vaker en langer ongeoorloofd afwezig zijn geweest. Ten tijde van het einde van de maatregel waren zelfs zeven van de twintig niet-proefverlofgangers ongeoorloofd afwezig. Alle gemiddelden geven de mediane waarden weer, noodzakelijk om de extremen (de kortste verblijfsduur van drie maanden en de langste van tien jaar) te ondervangen.

De proefverlofgangers werden allen door de reclassering (veertien van de twintig door een sociaal psychiatrisch werker, een SPW-er) gemiddeld één jaar begeleid voordat de maatregel werd beëindigd. De kortste proefverlofperiode was drie maanden, de langste tweeëneenhalf jaar. In zes gevallen was het proefverlof één of enkele malen tijdelijk ingetrokken geweest.

Bij dertien van de twintig proefverlofgangers kwam een einde aan de maatregel nadat het openbaar ministerie conform het advies van kliniek en reclassering geen vordering tot verlenging meer indiende. Vier proefverlofgevallen kwamen niet meer voor advisering door de kliniek in aanmerking omdat het kader van het proefverlof overgegaan was in een

voorwaardelijk ontslag uit de maatregel. Het openbaar ministerie vorderde verlenging bij twee proefverlofgangers niettegenstaande het advies niet te verlengen, hetgeen door de rechtbank niet werd gevolgd. In vijf gevallen adviseerden de kliniek en de officier van justitie de terbeschikkingstelling nog voort te zetten, maar verlengde de rechtbank niet en was dus formeel sprake van een contraire beëindiging. In één geval werd als expliciete reden gegeven dat er geen aanwijzingen waren voor delictgevaar, in de andere gevallen ontbrak de motivering van de rechtbank. Bij twee van deze vijf adviseerde de reclassering niet te verlengen, bij twee anderen achtte zij net als de kliniek verlenging aangewezen, terwijl bij één de visie van de reclassering in het dossier ontbrak.

Bij vijf van de twintig niet-proefverlofgangers kwam de motivering van de rechtbank of het hof om contrair het advies niet te verlengen niet in het dossier voor. Waar de motivering wel aanwezig was, had de overweging dat "de openbare orde het verlengen van de maatregel bepaaldelijk niet vordert" dertien maal de overhand. Voor het overige werden meer specifiek op de zaak gerichte, maar nogal uiteenlopende motiveringen gegeven, zoals de geringe ernst van de reeds voorgekomen recidive of het ontbreken van strafbare feiten, het gegeven dat betrokkene niet of nauwelijks wilde meewerken, de positieve ontwikkeling, het feit dat betrokkene zich gedurende diens ongeoorloofde afwezigheid lange tijd in de maatschappij had gehandhaafd, de lange duur van de maatregel en het gebrek aan concrete gegevens en een deugdelijk onderbouwd advies.

Over de vertreksituatie uit de kliniek waren de beschikbare gegevens incompleet. Vooral over de niet-proefverlofgangers ontbraken gegevens, hun vertrek is immers vaak vrij abrupt geweest: geen verlenging van de maatregel betekent veelal een plotseling vertrek uit de kliniek zonder vorm van voorbereiding en begeleiding van de kant van de kliniek.

**Tabel 4.16:** *De duur van de terbeschikkingstelling en de wijze van vertrek*

duur	PV	N-PV	totaal
2 - 3 jaar	2	5	7
3 - 4 jaar	4	5	9
4 - 5 jaar	1	4	5
5 - 6 jaar	2	4	6
6 - 7 jaar	6	-	6
7 - 8 jaar	2	1	3
meer dan 8 jaar	2	1	3
totaal	20	20	40

Tabel 4.16 geeft weer hoe lang de terbeschikkingstelling van de onderzochte personen heeft geduurd, dus de totale duur van de intramurale en de extramurale behandelingsperiode. Voor de hele groep is een gemiddelde van 4,9 jaar berekend, voor de proefverlofgangers 5,3 jaar en voor de niet-proefverlofgangers 4 jaar (steeds: mediane waarden). Het verschil tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers (waarbij uitgegaan is van het aantal dagen dat de maatregel heeft geduurd) is significant (T-toets,  $t=-2.31$ ,  $df=28.46$ ,  $p=.028$ ). De duur loopt nogal uiteen: de kortste duurde twee jaar en de langste ruim zeventien jaar.

#### 4.10 De onderzoekspopulatie nader beschouwd

De hierboven gepresenteerde gegevens over de onderzoekspopulatie laten in een aantal opzichten een betrekkelijk gunstig beeld zien van oud-patiënten die in het kader van een proefverlof de behandelingskliniek hadden verlaten. Gesteld naast de niet-proefverlofgangers, bij wie dus geen proefverlof was gerealiseerd en wier terbeschikkingstelling tegen het advies van de kliniek was beëindigd, is bij de proefverlofgangers bijvoorbeeld vooraf minder vaak sprake geweest van contacten met de intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Ook wordt in mindere mate alcohol en/of druggebruik genoemd. Ten aanzien van de aan de maatregel voorafgaande criminaliteit van de proefverlofgangers is te constateren dat zij minder processen-verbaal kregen opgelegd, minder vonnissen, minder boetes en minder vaak vrijheidsstraffen die korter van duur waren. Na beëindiging van de terbeschikkingstelling zijn tegen proefverlofgangers minder processen-verbaal opgemaakt en zijn zij minder vaak tot een vrijheidsstraf veroordeeld, en ook minder vaak wegens een zeer ernstig misdrijf. De verschillen tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers zijn evenwel niet altijd statistisch significant.

Over de vijf proefverlofgangers wier maatregel contrair het advies van de kliniek werd beëindigd (zie paragraaf 4.9) valt nog het volgende op te merken. Zij kenmerken zich door een gelijkenis met de (altijd contraire) niet-proefverlofgangers (een relatief ongunstiger achtergrond en hogere criminaliteit). De verschillen tussen de conform en de contrair beëindigde proefverloven zijn echter statistisch niet significant. De hierboven gesignaleerde verschillen tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers treden op ondanks de kenmerken van deze vijf contraire beëindigingen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een contraire beëindiging tijdens een proefverloffase een ander gewicht heeft dan een contraire beëindiging vanuit de klinische setting.

In paragraaf 1.6.2 is beschreven dat Van Emmerik (1982) in het follow-up onderzoek van de kliniek ook al een relatief gunstige beeld van proefverlofgangers vond, zowel wat betreft de situatie vóór als na de terbeschikkingstelling. In dat onderzoek zijn echter de proefverlofgangers voornamelijk gesteld naast degenen die door de kliniek waren overgeplaatst. Uit de beide andere onderzoeken van Van Emmerik (1985 en 1989) blijken proefverlofgangers qua recidive eveneens relatief gunstig af te steken vergeleken met degenen wier terbeschikkingstelling contrair het verlengingsadvies is beëindigd. Op verdere overeenkomsten en verschillen tussen de genoemde onderzoeken onderling en met het onderhavige onderzoek wordt op deze plaats niet verder ingegaan. Het is duidelijk dat de onderzoeken niet zonder meer vergelijkbaar zijn, niet in de laatste plaats omdat de onderzochte populatie op een kleine en niet-representatieve steekproef is gebaseerd.

In dit hoofdstuk zijn - na een beschrijving van de kliniek waarin de onderzochten zijn opgenomen geweest en enkele illustratieve casus - achtergrondgegevens en kenmerken besproken van de veertig voormalige ter beschikking gestelden die de onderzoekspopulatie vormen. In de casusbeschrijvingen konden de beoordelaars deze gegevens - in beschrijvende vorm - ook aantreffen. Met uitzondering dan van de recidive-gegevens na beëindiging van de maatregel, die de beoordelaars, zoals gezegd, met opzet waren onthouden (zie paragraaf 3.3.1.4). In de hoofdstukken 5 en 6 worden in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens ook betrokken bij de analyse van de oordelen van de professionele beoordelaars en van de geïnterviewde oud-patiënten.



## HOOFDSTUK 5

### DE RESULTATEN VAN DE BEOORDELINGEN

#### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven in verband met de kernvragen van het onderhavige onderzoek: zijn de onderzochte terbeschikkingstellingen retrospectief door derden te beoordelen aan de hand van casusbeschrijvingen en hoe zijn zij beoordeeld? Hoe luidt het oordeel van de oud-patiënten zelf? Verbanden tussen een aantal beoordeelde aspecten en twee criteria (wijze van vertrek uit de behandelingskliniek en recidive) komen in hoofdstuk 6 aan de orde.

Allereerst wordt het forum van beoordelaars (de rechters, de advocaten, de gedragsdeskundigen en de behandelaars) besproken: welke professionele achtergronden hebben zij en op welke wijze hebben zij hun oordeel gegeven. Vervolgens wordt de methode uiteengezet waarmee de beoordelingen van de aan de vier disciplines voorgelegde casuïstiek zijn geanalyseerd, gevolgd door een weergave van de uitkomsten van de analyses. Hierna wordt gerapporteerd over hetgeen de betrokken voormalige ter beschikking gestelden in de interviews als hun oordeel hebben gegeven. Tenslotte wordt een aantal variabelen uit de beoordelingen en de interviews te zamen bezien. In hoofdstuk 7 worden op grond van de analyses de bij de vraagstelling opgeworpen onderzoeksvragen behandeld en conclusies getrokken.

#### 5.2 De beoordelaars

##### 5.2.1 De achtergrond van de beoordelaars

Uit de eigen opgave van de twintig beoordelaars uit de vier disciplines komt het volgende beeld over hun professionele achtergrond naar voren. De vijf participerende *rechters* hebben vóór hun huidige functie als jurist verschillende andere functies bekleed: aan de universiteit, in de advocatuur, het bedrijfsleven, de rechterlijke macht of het Pieter Baan Centrum. De rechters hebben soms nevenfuncties op een verwant terrein. Zij zeggen zeer frequent over delinquenten te oordelen en hebben gemiddeld zo'n twaalf maal per jaar met een terbeschikkingstelling te maken. Voorts zeggen zij met delinquentenzorg zowel tijdens de uitoefening van hun hoofdfunctie als daarbuiten (bijvoorbeeld in de sfeer van vrijwilligerswerk, van bestuurswerk) te maken hebben (gehad).

Alle vijf *advocaten* bekleden geen andere functies en hebben die ook in het verleden niet bekleed. Zij hebben frequent te maken met delinquenten en met ter beschikking gestelden, sommigen zelfs dagelijks. Buiten de beroepsuitoefening zeggen zij geen contacten met delinquenten te hebben.

De vijf *forensisch psychiatrische gedragsdeskundigen* maken deel uit van het forum van de beoordelaars vanwege hun functie als voorlichtingsrapporteur pro justitia. Hun vooropleiding bestaat uit psychiatrie, psychologie of (ortho)pedagogiek/andragogie. Zij oefenen hun hoofdfuncties uit als forensisch (districts)psychiater of (inrichtings)psycho-

loog. Behalve pro justitia-rapporteur zijn sommigen vrij gevestigd psychiater of psychologisch adviseur. Ook in het verleden hebben zij gewoonlijk dergelijke functies bekleed. Op één na zeggen zij allen dagelijks met delinquenten en op zijn minst wekelijks met ter beschikking gestelden te maken te hebben, en wel uitsluitend in de beroepssfeer.

De vijf *forensisch psychiatrische behandelaars* komen uiteraard allen in de beroepsuitoefening dagelijks in aanraking met delinquenten casu quo ter beschikking gestelden. Als vooropleidingen worden (klinische) psychologie en sociologie genoemd, als aanvullen de opleidingen gezins- en groepstherapie. In de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek vervullen zij functies als therapeut of als supervisor behandelingsplan (sinds 1992 'hoofd behandeling', verantwoordelijk voor de behandelingen van de ongeveer 24 patiënten van twee leefgroepen). Allen hebben in onderscheiden functies ruime ervaring opgedaan in de kliniek, sommigen zijn buiten de hoofdfunctie als gezins- dan wel groepstherapeut werkzaam.

### **5.2.2 De samenstelling van het forum van de beoordelaars en de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid'**

In de kleinschalige opzet van het onderzoek was het niet mogelijk een representatieve vertegenwoordiging van de vier disciplines - in het vervolg ook aangeduid als de vier beoordelaarsgroepen - te verkrijgen. Toch is met dit aspect rekening gehouden door bij de selectie van de beoordelaars rekening te houden met een spreiding over het land, over rechtbanken en gerechtshoven en in verband met de frequentie van contact met ter beschikking gestelden. Alleen ten aanzien van de behandelaars was de selectie beperkt, omdat zij allen in de kliniek werken waar de onderzochte populatie was opgenomen. Helaas was de verdeling over mannen en vrouwen niet zo evenwichtig: slechts één vrouwelijke rechter (uit drie genomineerde vrouwelijke rechters) en negentien mannen. Gezien hun achtergrond mocht er van worden uitgegaan dat alle beoordelaars in staat zouden zijn de onderhavige casuïstiek vanuit de optiek van hun beroepsgroep te kunnen beoordelen.

Alvorens de oordelen van de vier beoordelaarsgroepen te analyseren is het gewenst de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' van het panel van de beoordelaars te onderzoeken. Een interbeoordelaarstoets in de eigenlijke zin van het woord was in de gegeven opzet echter niet mogelijk. Elke casus is immers maar gezien door één vertegenwoordiger van elke discipline. Daarom kan alleen iets gezegd worden over de betrouwbaarheid van de beoordelingen binnen de beoordelaarsgroepen.

Onderzocht is hoe de vijf beoordelaars binnen hun beoordelaarsgroep ten opzichte van elkaar hebben geoordeeld: in hoeverre zijn er overeenkomsten en verschillen tussen bijvoorbeeld de vijf rechters die de beoordelaarsgroep 'rechters' vormen? Iedere beoordeelaar kreeg acht casus voorgelegd, zodat binnen elk van de vier beoordelaarsgroepen sprake is van vijf onafhankelijke groepen. Omdat de casus at random aan de beoordelaars zijn toebedeeld mag worden verondersteld dat er tussen de vijf groepen van acht casus geen systematische verschillen optreden. Het meetniveau van de variabelen is ordinaal en het aantal groepen is groter dan twee, zodat de *Kruskal-Wallis toets* is geïndiceerd (Norusis, 1990b). Binnen elk van de vier disciplines blijken zich inderdaad geen systematische verschillen voor te doen. Weliswaar treden binnen de beoordelaarsgroepen enkele afwijkingen op, maar deze verschillen spelen slechts een marginale rol (zie Bijlage A). De conclusie wordt getrokken dat de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' voldoende is, hetgeen betekent dat de individuele beoordelaars niet van elkaar verschillen binnen hun



beroepsgroep. Derhalve kan in het vervolg gesproken worden over de beoordelaarsgroepen 'rechters', 'advocaten', 'gedragsdeskundigen' en 'behandelaars'.

Een andere vraag is of de beoordelaars al dan niet in staat zijn geweest de vragen te beantwoorden. Voor elke vraag zijn over de vier beoordelaarsgroepen de al dan niet aanwezige oordelen in kruistabellen geplaatst en met Chi-kwadraten op significante verschillen getoetst. Deze blijken zich tussen de vier beoordelaarsgroepen niet voor te doen. Geconcludeerd wordt dat de vier disciplines zich in vergelijkbare mate in staat achten op grond van de gepresenteerde gevalsbeschrijvingen de in de vragenlijst aan de orde gestelde aspecten te beoordelen.

### 5.3 De beoordelingen door de vier disciplines

#### 5.3.1 Het analyseren van de beoordelingen

Uit de beschrijving van de onderzoeksopzet in hoofdstuk 2 is duidelijk geworden dat deze in belangrijke mate is gebaseerd op evaluerende oordelen van professioneel bij de terbeschikkingstelling betrokkenen. Als belangwekkende vraag is daarbij gesteld in hoeverre overeenkomsten en verschillen bestaan tussen de beoordelingen die de vier geselecteerde disciplines op grond van aan hen voorgelegde casusbeschrijvingen hebben gegeven. Op de volgende wijze zijn de verzamelde beoordelingen geanalyseerd. Over alle veertig casus zijn (maximaal) steeds vier beoordelingen (van een rechter, een advocaat, een gedragsdeskundige en een behandelaar) beschikbaar gekomen, in totaal dus 160 beoordelingsformulieren. De beoordelingen bestaan uit scores op drie-, vier- of vijfpuntschalen (de eventueel bijbehorende toelichting blijft hier buiten beschouwing). Het meetniveau van de schalen is ordinaal en er zijn meer dan twee afhankelijke groepen, namelijk de vier beoordelaarsgroepen, zodat de *Friedman en Kendall W toetsen* zijn geïndiceerd. De overeenkomsten en verschillen tussen de scores zijn met behulp van deze twee statistische non-parametrische toetsen voor rangorde-correlaties onderzocht (Norusis, 1990b). Voor een toelichting op de toepassing van de bovengenoemde toetsen in het onderhavige onderzoek wordt verwezen naar Bijlage B, waarin tevens een voorbeeld is opgenomen.

De combinatie van de uitkomsten van de Friedman en Kendall W toetsen levert vier mogelijkheden op:

1. de vier disciplines zijn het met elkaar eens en kennen binnen de beoordeelde subjecten dezelfde rangorde toe: zowel over de gehele populatie als per casus heerst er overeenstemming ('eens, met gelijke rangorde' genoemd);
2. de vier disciplines zijn het met elkaar eens, maar kennen binnen de beoordeelde subjecten een verschillende rangorde toe: over de gehele populatie gemiddeld heerst er overeenstemming, maar per casus niet ('eens, met ongelijke rangorde' genoemd); in dit geval kunnen de meningen inhoudelijk in sterke dan wel geringe mate uiteenlopen;
3. de vier disciplines zijn het met elkaar oneens en kennen binnen de beoordeelde subjecten dezelfde rangorde toe: over de gehele populatie verschillen de disciplines onderling en die verschillen blijken ook per casus te bestaan ('oneens, met gelijke rangorde' genoemd);
4. de vier disciplines zijn het met elkaar oneens en kennen binnen de beoordeelde subjecten een verschillende rangorde toe ('oneens, met ongelijke rangorde' genoemd); deze mogelijkheid komt in het onderhavige onderzoeksmateriaal echter niet voor.

De Friedman en Kendall W toetsen zijn niet alleen uitgevoerd voor alle onderzochte veertig gevallen bij elkaar. De veertig casus zijn als volgt verdeeld in kleinere groepen met bepaalde kenmerken: uit de los van de beoordelingen staande data-verzameling met achtergrond- en criminaliteitsgegevens over de periode vóór, tijdens en na de terbeschikkingstelling zijn in totaal 70 variabelen gedichotomiseerd (en in enkele gevallen getrichotomiseerd) op basis van de mediane waarde of van het al dan niet voorkomen van een bepaalde situatie. Aldus ontstonden 146 subgroepen.

Enkele voorbeelden worden hier ter illustratie gegeven. Twee (belangrijke) subgroepen zijn die van proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. Een andere verdeling is bijvoorbeeld die van oud-patiënten die afkomstig zijn uit een volledig gezin versus diegenen die dat niet zijn; of al dan geen toepassing van gezins- of familiebehandeling. Ook ten aanzien van criminaliteit zijn dichotomieën en trichotomieën gemaakt, bijvoorbeeld: minder dan vier vonnissen voorafgaand aan de maatregel versus vier of meer vonnissen; geen vonnissen na beëindiging van de terbeschikkingstelling versus één of meer vonnissen.

Op deze subgroepen van oud-patiënten met bepaalde kenmerken zijn vervolgens beide toetsen over alle vragen toegepast. Het voert te ver de analyses met alle subgroepen uitvoerig te behandelen. In Bijlage C wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste uitkomsten. Verschillen bij de subgroepen van proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers worden steeds vermeld.

Terzijde zij opgemerkt dat de variabelen, op grond waarvan de subgroepen zijn samengesteld, als zodanig niet beschikbaar waren voor de beoordelaars. Met uitzondering van de recidive-gegevens uit de periode na het einde van de maatregel, die hen immers uitdrukkelijk werden onthouden (zie paragraaf 5.3.1.4), waren de meeste gegevens wel 'meegebakken' in de gevalsbeschrijvingen. Dat wil zeggen dat de desbetreffende informatie, bijvoorbeeld over de voorafgaande criminaliteit of over de lengte van de terbeschikkingstelling, bij de beoordelaars bekend was.

### **5.3.2 De beoordelingen met elkaar in verband gebracht**

#### **5.3.2.1 Inleiding**

In de volgende paragrafen worden de uitkomsten van de analyse van de beoordelingen door de vier disciplines op de diverse aspecten beschreven. De aspecten zijn voor dit doel thematisch bijeengebracht. Zo komen achtereenvolgens aan de orde: het informatiegehalte van de gevalsbeschrijvingen, de oplegging van de terbeschikkingstelling, de selectie naar de kliniek, verschillende behandelingsaspecten, de verlengingsprocedures, de terugkeer in de samenleving, de vooruitzichten bij vertrek uit de behandelingskliniek, het recidivegevaar en de evaluatie van diverse aspecten.

#### **5.3.2.2 Het informatiegehalte van de casusbeschrijvingen**

De waardering van het informatiegehalte van de beschrijvingen geeft een aanwijzingen over de informatie die de beoordelaars nodig achten voor hun oordeelsvorming en over de vraag of zij deze informatie in de beschrijvingen hebben aangetroffen. Tevens verschaft de respons op deze vragen inzicht in de kwaliteit van dit onderdeel van het onderzoeksinstrumentarium.

Met betrekking tot de voorgeschiedenis, de periode in de behandelingskliniek en de beëindiging van de terbeschikkingstelling zijn de verschillende beoordelaarsgroepen het met elkaar eens dat het informatiegehalte van de beschrijving voldoende is geweest. In sommige gevallen geven de beoordelaars te kennen graag meer informatie te willen hebben over de gezinsproblematiek, de vroegkinderlijke ontwikkeling, het delictpatroon, de concrete inhoud van behandelingsplannen en over de realisering daarvan. Enkele beoordelaars vinden de gegevens bij het abrupte einde van de behandeling bij de niet-proefverlofgangers te summier.

Over het informatiegehalte van de beschrijving met betrekking tot de oplegging van de terbeschikkingstelling zijn de vier disciplines het niet met elkaar eens. De advocaten zijn hier van mening dat het informatiegehalte zich bevindt tussen 'matig' en 'voldoende', terwijl de overige disciplines het informatiegehalte 'voldoende' vinden (Friedman toets,  $N=40$ ,  $df=3$ ,  $p=.006$ ). De advocaten zeggen in een aantal gevallen informatie te missen over de juridische besluitvorming. Wordt alleen de subgroep proefverlofgangers bekeken dan blijken alle beoordelaars het over het informatiegehalte ten aanzien van de oplegging wel met elkaar eens te zijn.

### 5.3.2.3 De oplegging van de terbeschikkingstelling

Degenen die in werkelijkheid betrokken waren geweest bij de oplegging van de maatregel, kenden uiteraard het verloop van de tenuitvoerlegging niet. Hoewel de beoordelaars door middel van de casusbeschrijvingen daarvan wel op de hoogte waren, is het toch interessant na te gaan wat zij van de oplegging als zodanig vinden. De disciplines verschillen met elkaar van mening over de oplegging van de terbeschikkingstelling. De rechters, de gedragsdeskundigen en de behandelaars zijn het eens met de oplegging, behalve de advocaten die zich met hun oordeel tussen 'mee eens' en 'mee oneens' bevinden (Friedman toets,  $N=34$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ).

Over de combinatie gevangenisstraf en terbeschikkingstelling verschillen de vier beoordelaarsgroepen met elkaar van mening. De advocaten oordelen namelijk tussen 'mee eens' en 'mee oneens', terwijl de overige disciplines het eens zijn met de combinatie (Friedman toets,  $N=25$ ,  $df=3$ ,  $p=.017$ ).

De respons op de open vraag naar het doel van de onderhavige terbeschikkingstelling omvat uiteenlopende omschrijvingen. De vraag was opzettelijk zo gestructureerd om aan de beoordelaars eigen bewoordingen te ontklokken. Zo zijn er kernachtige als "proces van escalerend gevaarlijk gedrag stoppen", "beveiligen, hier via behandeling te bereiken", "primair behandeling", "behandeling ter voorkoming van recidive". Sommige uitspraken gaan meer in op de aangetroffen problematiek: "betrokkene leren te komen tot gedragsalternatieven voor zijn afhankelijk en dwingende gedrag; alternatieven aanreiken zodat niet telkens onlustgevoelens onmiddellijk in lustgevoelens hoeven worden omgezet", "behandeling van agressief-seksuele problematiek", "met behulp van dwangmaatregel betrokkene uit neergaande spiraal van drankmisbruik, zwerven, brandstichting, geweld halen door hem in de gelegenheid te stellen zijn zelfvertrouwen te vergroten en ontwikkelingsachterstand in te halen", "behandeling van een man die in alle andere justitiële kaders slechts tot recidiveren in staat bleek", "risico verminderen door ondermijnen van de noodzaak tot 'psychotische aanpassing' en door reconstructie en ontwikkeling van de persoonlijkheid".

Het tekstuele materiaal is door twee onafhankelijke personen gecodeerd in drie categorieën van optiek: beveiliging, beveiliging én behandeling en behandeling. Met deze

indeling is aansluiting gezocht bij de doelomschrijvingen in de literatuur. Als de aldus verkregen scores worden geanalyseerd blijken de beoordelaars het niet met elkaar eens te zijn. Behalve de gedragsdeskundigen die vinden dat het doel vooral 'beveiliging en behandeling' is, menen de andere beoordelaars dat het doel tussen 'beveiliging en behandeling' en 'behandeling' in ligt (Friedman toets,  $N=32$ ,  $df=3$ ,  $p=.018$ ). Ten aanzien van de proefverlofgangers zijn de beoordelaars het wel eens, maar verschillen zij in hun oordeel over de rangorde binnen de subjecten (Kendall W toets,  $N=18$ ,  $W=.105$ ,  $p=.129$ ).

Hoewel met de vraag naar het doel van de onderzochte terbeschikkingstellingen was beoogd andersoortige dan bovenstaande omschrijvingen te verkrijgen, heeft de respons niet veel nieuwe informatie opgeleverd. Van alle beoordelaars geeft 90% aan dat 'beveiliging en behandeling' of 'behandeling' het doel is geweest; 60% geeft 'behandeling' op. De rechters blijken in relatief veel gevallen alleen een behandelingsdoel te omschrijven. De gedragsdeskundigen scoren (in meer dan de helft van de door deze beroepsgroep beoordeelde gevallen) relatief hoog op 'beveiliging en behandeling'. Het is aannemelijk dat alle beoordelaars - indien zij de vraag zo voorgelegd hadden gekregen - zouden hebben ingestemd met de formulering dat beveiliging door middel van behandeling wordt beoogd.

#### 5.3.2.4 De plaatsing in de behandelingskliniek

Over het advies van het toenmalige Selectie Instituut tot plaatsing in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek zijn de vier disciplines het met elkaar eens. Zij vinden het advies tussen 'matig' en 'juist', maar zij zijn het evenwel niet eens over de rangorde binnen de subjecten (Kendall W toets,  $N=26$ ,  $W=.023$ ,  $p=.611$ ). Ter motivering worden uitspraken opgegeven als "gezien structurende behandeling plus het betrekken van familie", "enerzijds veel gelegenheid zich te ontwikkelen, anderzijds (te) hoge verwachtingen/eisen die hem afschrikken", en ook "zonde van de plek" en "Van der Hoeven Kliniek wellicht iets te soepel voor deze betrokkene".

Omdat alle onderzochte ter beschikking gestelden in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek waren en tal van beoordeelde aspecten op de intramurale behandeling van toepassing waren, is het van belang na te gaan in hoeverre de beoordelaars op de hoogte zijn van de behandelingswijze in deze kliniek. Dat blijkt in ongelijke mate het geval te zijn. De rechters zijn het minst op de hoogte, namelijk tussen een 'beetje' en 'redelijk'. Daarna volgen de advocaten die zeggen redelijk op de hoogte te zijn, vervolgens blijken de gedragsdeskundigen tussen 'redelijk' en 'goed' op de hoogte te zijn en de behandelaars zijn het meest, namelijk goed op de hoogte.

Aan de toelichtingen van de respondenten worden de volgende typeringen ontleend. De rechters noemen als kenmerken van de behandelingswijze van de kliniek groepsinteractie en -therapie, gestructureerde individuele activiteiten, sterke sociale controle binnen leefgroep, structurende aanpak, relatie- en gezintherapie, gedragstherapie voor seksuele delinquenten, naast intramurale ook extramurale activiteiten, openheid, consequente benadering, grote competentie van staf.

Door de advocaten worden omschrijvingen gegeven als sociotherapeutisch milieu met mogelijkheid van individuele benadering, kundig, hoge eisen aan patiënten, sterk groepsgerichte benadering, veel autoriteitsconflicten tussen patiënten en staf, variabele

behandelingsmogelijkheden, hoog niveau van behandeling, goede resocialisatie, humane benadering, mild regime, veel aandacht voor relaties buiten.

De gedragsdeskundigen gebruiken omschrijvingen als therapieën gericht op 'zelfverwerkelijking', interactie ontdekkend, inzicht gevend, appel op eigen ontwikkelingsmogelijkheden en op het nemen van verantwoordelijkheid geënt op de sociale realiteit, aanbod van verscheidenheid aan ontwikkelingsactiviteiten, verbreding van behandelingsterrein naar situaties buiten de kliniek, eclectisch therapeutisch referentiekader, functie van leefgroep en van totale kliniek ten behoeve van de behandeling, Ik-versterking, gestructureerde setting, aanpassing van doelen aan mogelijkheden van patiënt, veel aandacht voor het 'systeem' van familie en andere relaties, nadruk op scholing, aandacht voor neurotische herhalingsprocessen.

Behandelaars van de kliniek zelf noemen onder andere sociale controle en verwerking daarvan op allerlei niveaus, grote variatie van behandelingsmogelijkheden zowel in de kliniek als in relatie met de maatschappij, aanbieden van duidelijk behandelingskader afgestemd op reflectie op en hantering van de ontwikkeling van persoonlijke mogelijkheden, betrekken van netwerk, waar mogelijk eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, veel nadruk op leren in groepsverband.

Uit bovengenoemde uitspraken blijkt dat de beoordelaars de behandelingswijze van de kliniek redelijk kunnen typeren. De typische 'Van der Hoeven-aanpak' zoals groepsinteractie, structuur, sociale controle, appel op verantwoordelijkheid van patiënt en het betrekken van het sociale netwerk blijken in elk geval bekend te zijn.

### **5.3.2.5 De aanpak van de behandeling**

Uit de beoordeling van verschillende aspecten is op te maken wat de beoordelaarsgroepen vinden van de manier waarop de kliniek de behandelingsopdracht heeft opgevat en uitgevoerd. Zij menen dat uit de gevalsbeschrijvingen voor hen tussen 'matig duidelijk' en 'duidelijk' is geworden welk doel de kliniek met de behandeling van de oud-patiënt voor ogen had. Zij zijn het met elkaar eens. Voor de gedragsdeskundigen is het doel het meest duidelijk bij de proefverlofangers. Het oordeel op dit punt is voor tweërlei uitleg vatbaar. Enerzijds kan het betrekking hebben op het doel zelf, anderzijds op de informatie over het doel in de casusbeschrijving.

Als open vraag was aan de beoordelaars voorgelegd te formuleren wat naar hun oordeel de kern van de problematiek van de onderhavige casus was. In de meeste gevallen slagen alle beroepsgroepen er in een omschrijving te geven. Op deze plaats worden deze kwalificaties niet nader geanalyseerd. Wel worden ter illustratie de volgende uitspraken over verschillende casus geciteerd. Van een rechter: "afhankelijkheidsproblematiek, ambivalente gebondenheid aan moeder, agressieproblematiek". Van een advocaat: "door affectieve verwaarlozing volstreekte afwezigheid van enige zekerheid en zelfinzicht". Van een gedragsdeskundige: "ontwikkelingspsychopathologie; in wezen kwetsbare, identiteitszwakke man met veel onbewuste haatgevoelens, primair op moeder gericht, doch gegeneraliseerd naar de omgeving". Van een behandelaar: "betrokkene lijdt aan een diepe angst voor onvolwaardigheid, die hij maskeert door zich tekort gedaan te weten, hetgeen hij compenseert met zelfverwennend en antisociaal gedrag".

Over de kwaliteit van visies van de beoordelaars wordt met deze uitspraken nog niets gezegd. Ook zijn de visies niet met elkaar vergeleken. Van belang is hier dat de beoorde-

laars het mogelijk achten op grond van in de casusbeschrijving verstrekte informatie de kern van de problematiek te duiden.

Eveneens als open vraag was de beoordelaars gevraagd te formuleren wat naar hun mening de kernpunten van de behandeling in casu waren geweest. Met dezelfde kanttekening als hierboven wordt geconstateerd dat de beoordelaars er in de meeste gevallen in slagen een omschrijving op schrift te stellen. Een rechter: "regulering van elementaire levensfuncties; daarna ontwikkeling van conditie en contactmogelijkheden, scholing en ontwikkeling van arbeidsritme". Een advocaat: "vertrouwensband opbouwen met omgeving en leren te genieten van het leven, zonder telkens spanning, conflicten en zelfdestructie". Een gedragsdeskundige: "ontwikkelingsachterstand, relatieproblemen en latente seksuele problemen beïnvloeden, leren om te gaan met eisen die anderen hem stellen, leren zonder alcohol te functioneren". Een behandelaar: "zelfvertrouwen vergroten door ontwikkelen van eigen mogelijkheden, leren erbij te horen, leren agressie beter te reguleren".

De vier disciplines verschillen met elkaar van mening over de mate waarin bij de behandeling rekening is gehouden met de problematiek van de oud-patiënt. De rechters oordelen tussen 'voldoende' en 'ruim voldoende', de gedragsdeskundigen met 'voldoende' en de advocaten en de behandelaars tussen 'redelijk' en 'voldoende'.

De keuze van de behandelingsactiviteiten vinden de beoordelaarsgroepen juist, zij zijn het daarover eens. Zij verschillen echter van mening wat betreft rangorde binnen de subjecten (Kendall W toets,  $N=14$ ,  $W = .051$ ,  $p = .543$ ). De meeste beoordelaars geven een inhoudelijk oordeel over activiteiten die in casu nuttig dan wel niet nuttig zijn geweest. Alle mogelijke aspecten en activiteiten zoals structuur, confronterende aanpak, sociotherapie, groeps- en individuele (psycho)therapie, geestelijke verzorging, onderwijs, arbeidstraining, sport, relatietherapie, creatieve vorming worden genoemd zowel als nuttige als niet zo nuttige activiteiten. Eén rechter zegt zich op dit terrein niet competent te achten, sommige beoordelaars zeggen over te weinig informatie te beschikken. De beoordelaarsgroepen vinden dat de kliniek tussen in 'redelijke' en in 'voldoende mate' rekening heeft gehouden met wensen en verlangens van de oud-patiënt met betrekking tot de behandelingsactiviteiten. Zij zijn het eens met elkaar.

De verschillende beoordelaarsgroepen vinden de inspanning die de oud-patiënten zelf leverden redelijk. Zij zijn het met elkaar eens. In de toelichting komt nog al eens naar voren dat de inspanning naar hun mening wisselend is geweest. Ook wordt er verschillende malen een verband gelegd met de beperkte mogelijkheden van de beoordeelde persoon.

Alle beoordelaarsgroepen vinden de vrijheidsbeperkende maatregelen die tijdens het verblijf in de kliniek worden toegepast nodig. Zij zijn het met elkaar eens. Bij de proefverlofgangers menen de advocaten dat maatregelen als afzondering en separatie het minst nodig zijn geweest.

De vier beoordelaarsgroepen vinden de aandacht die tijdens de behandeling is besteed aan contacten met familieleden en andere relaties van de oud-patiënten voldoende. Zij zijn het met elkaar eens. Zij leggen binnen de subjecten echter een verschillende rangorde aan (Kendall W toets,  $N=17$ ,  $W = .073$ ,  $p = .293$ ).

### 5.3.2.6 De terugkeer naar de maatschappij

In deze paragraaf komen enkele aspecten aan de orde die expliciet verband houden met het resocialisatieproces. De manier waarop de oud-patiënten buiten de kliniek activiteiten konden ondernemen op het gebied van werk, sociale contacten en vrijetijdsbesteding vinden de verschillende beoordelaarsgroepen voldoende. Zij zijn het met elkaar eens. De advocaten blijken bij de proefverlofgangers het minst positief te oordelen, in casu de mogelijkheden voor contacten buiten de kliniek 'redelijk' te vinden.

De vier disciplines vinden de mate van voorbereiding tot het proefverlof voldoende. De verschillende disciplines zijn het echter onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=10$ ,  $W=.207$ ,  $p=.102$ ).

Over de bemoeienissen van de reclassering tijdens en/of na de opname in de kliniek zijn de disciplines het onderling eens: zij vinden deze voldoende.

### 5.3.2.7 De vooruitzichten bij het vertrek uit de kliniek

De in deze paragraaf besproken aspecten zijn belangwekkend omdat zij betrekking hebben op de situatie ten tijde van het vertrek uit de behandelingskliniek. Indirect worden hiermee ook de beslissingen van de kliniek, het ministerie van Justitie en de rechter beoordeeld. Zij hebben geadviseerd, respectievelijk besloten tot het vertrek uit de kliniek, hetzij via proefverlof, hetzij zonder proefverlof na een contraire beëindiging.

De vier beoordelaarsgroepen zijn het onderling eens over de vooruitzichten voor de oud-patiënten bij het verlaten van de kliniek, zij beoordelen deze tussen 'ongunstig' en 'redelijk'. Bij de niet-proefverlofgangers is het oordeel 'ongunstig'; bij de proefverlofgangers worden de vooruitzichten (bijna) 'redelijk' geacht, zij het dat de disciplines het onderling niet eens zijn over de rangorde binnen de beoordeelde subjecten (Kendall W toets,  $N=18$ ,  $W=.056$ ,  $p=.392$ ).

Als gevraagd wordt naar de kans op recidive bij vertrek uit de kliniek, dan zijn de disciplines het onderling eens, zij menen dat deze kans tussen 'hoog' en 'laag' ligt. Zij zijn het onderling evenwel niet eens over de rangorde die zij binnen de beoordeelde subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=33$ ,  $W=.047$ ,  $p=.199$ ), behalve bij de proefverlofgangers. Alle disciplines zijn het onderling eens dat de ernst van een eventuele recidive tussen 'ernstig' en 'licht' geschat moet worden. Ook hier zijn de beoordelaarsgroepen het onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=30$ ,  $W=.065$ ,  $p=.119$ ).

Dat de kans op recidive en de ernst ervan gemiddeld tussen de maximale en minimale schaalwaarden is geschat, mag op zich geen verbazing wekken. Het is reëel rekening te houden met recidive. De kans daarop kan per individu verschillen. Het is interessant dat de beoordelaars op het individuele niveau van de casus de kansen verschillend inschatten. Bij de proefverlofgangers echter heerst er congruentie in de schatting van de kans op recidive.

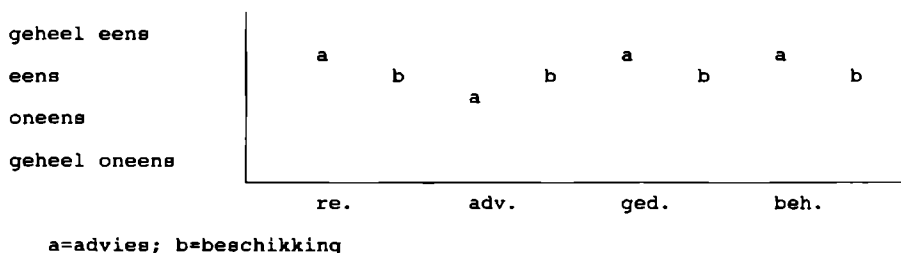
Voor zover de beoordelaarsgroepen in de gevalsbeschrijvingen informatie hebben aangetroffen over het verloop van de periode na het vertrek uit de kliniek en zij zich daarover een oordeel hebben gevormd, zijn zij het er onderling over eens dat het verloop tussen 'redelijk' en 'gunstig' moet worden beoordeeld. De beoordelaarsgroepen zijn het evenwel onderling oneens over de rangorde die zij aanbrengen binnen de beoordeelde subjecten (Kendall W toets,  $N=11$ ,  $W=.010$ ,  $p=.953$ ).

### 5.3.2.8 De verlengingsprocedures

In de verlengingsprocedures wordt getoetst of er nog redenen aanwezig zijn om de behandelingsmaatregel voort te zetten. Het is bij uitstek het terrein waar juridische en therapeutische gezichtspunten met elkaar in aanraking komen. De vertegenwoordigers van de vier disciplines hebben een oordeel gegeven over adviezen en besluiten die destijds ten aanzien van de onderzochte gevallen door collega's gegeven respectievelijk genomen waren.

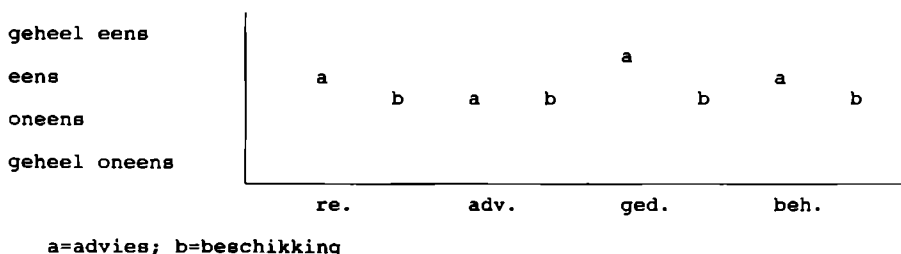
Alleen de eerste tot en met de derde verlengingsprocedure worden besproken. Rapportage over de beoordelingen van latere verlengingsadviezen en -beslissingen is weinig zinvol wegens het geringe aantal onderzochten bij wie zich meer dan drie verlengingsprocedures hebben voorgedaan.

**Grafiek 5.1:** *Oordelen van de vier disciplines ten aanzien van de eerste verlenging*



De vier disciplines zijn het met elkaar oneens over het eerste verlengingsadvies van de kliniek. De advocaten zijn het er 'mee eens', terwijl de overige disciplines een positie innemen tussen 'mee eens' en 'geheel mee eens' (Friedman toets,  $df=3$ ,  $N=38$ ,  $p < .001$ ). De vier beoordelaarsgroepen zijn het allen eens met de eerste verlengingsbeslissing van de rechter. Als gekeken wordt naar de rangorde die de verschillende disciplines binnen de subjecten aanleggen dan blijken zij het evenwel niet eens te zijn (Kendall W toets,  $N=37$ ,  $W=.036$ ,  $p=.265$ ).

**Grafiek 5.2:** *Oordelen van de vier disciplines ten aanzien van de tweede verlenging*



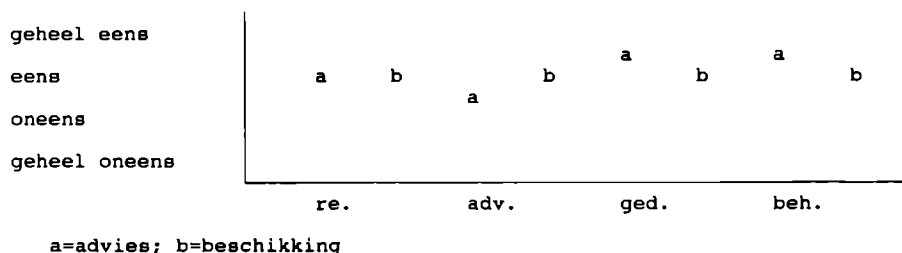
De vier disciplines verschillen onderling over het tweede verlengingsadvies van de kliniek. De advocaten oordelen tussen 'mee oneens' en 'mee eens', de rechters en



behandelaars oordelen 'mee eens' en de gedragsdeskundigen bevinden zich tussen 'mee eens' en 'geheel mee eens' (Friedman toets,  $df=3$ ,  $N=31$ ,  $p < .001$ ).

De disciplines zijn het onderling eens wat betreft hun oordeel over de tweede verlengingsbeschikking van de rechter, het oordeel bevindt zich tussen 'mee oneens' en 'mee eens'. Zij zijn het onderling niet eens wat betreft de rangorde die ze binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=27$ ,  $W=.012$ ,  $p=.818$ ).

### Grafiek 5.3: Oordelen van de vier disciplines ten aanzien van de derde verlenging



Over het derde verlengingsadvies van de kliniek zijn de beoordelaarsgroepen het onderling oneens. De advocaten oordelen tussen 'mee oneens' en 'mee eens', de rechters zijn het er mee eens en de gedragsdeskundigen en behandelaars oordelen tussen 'mee eens' en 'geheel mee eens' (Friedman toets,  $df=3$ ,  $N=19$ ,  $p=.005$ ).

Over de derde verlengingsbeschikking van de rechter zijn de vier beoordelaarsgroepen het allen eens. De verschillende disciplines zijn het onderling niet eens wat betreft de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=16$ ,  $W=.005$ ,  $p=.973$ ).

Statistisch hebben de vier disciplines een verschillend oordeel over de wijze van beëindiging van de terbeschikkingstellingen. Bij beschouwing van de absolute getallen zijn de advocaten het ermee eens, terwijl alle overige disciplines zich met hun oordeel tussen 'mee oneens' en 'mee eens' bevinden. Binnen de subgroep proefverlofgangers leggen de vier beoordelaarsgroepen een verschillende rangorde aan (Kendall W toets,  $N=17$ ,  $W=.01$ ,  $p=.916$ ). Verder verschillen de advocaten bij de niet-proefverlofgangers in hun oordeel van de anderen: zij zijn het meest eens met deze vorm van beëindiging. Bij dit aspect geven beoordelaars uit diverse disciplines met name bij de niet-proefverlofgangers toelichtingen als: "behandeling in dit kader heeft geen zin", "afwijzing van vordering lijkt een symptoom van moedeloosheid", "wel onbevredigend, nu behandeling niet kon worden afgemaakt; hier treedt het tweeslachtige van de maatregel aan het licht", "een geleidelijke afwikkeling ware beter geweest", "concrete aanwijzingen voor gevaar van ernstige recidive ontbraken".

#### 5.3.2.9 De evaluatie van diverse aspecten

Onder de noemer van evaluatie van diverse aspecten is een aantal items samengebracht die betrekking hebben op het beoordelen van (effecten) van de onderzochte terbeschikkingstellingen. Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat de duur van het intramurale deel van de behandeling in relatie tot de behandelingsdoelen goed is

geweest. De vier beoordelaarsgroepen zijn het onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=29$ ,  $W=.070$ ,  $p=.108$ ).

Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat de duur van het extramurale deel van de behandeling in relatie tot de behandelingsdoelen goed is geweest.

Alle disciplines zijn het er onderling over eens dat het gedrag van de betrokkenen ten tijde van de beëindiging van de terbeschikkingstelling, in vergelijking met het gedrag dat de aanleiding vormde tot de oplegging beter is geworden. De vier beoordelaarsgroepen zijn het onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen (Kendall W toets,  $N=35$ ,  $W=.035$ ,  $p=.304$ ). Aan de toelichtingen worden de volgende illustraties ontleend: "negatieve spiraal lijkt doorbroken; hij houdt contacten beter vast", "zekere ik-groei, betere communicatieve vaardigheden en agressieregulatie", "enigszins verbeterd, maar het moet nog beter" en "aan eigenlijke problematiek was betrokkene nauwelijks toegekomen".

Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat er 'tamelijk veel' invloed is uitgegaan van het onvrijwillige karakter van de maatregel en van het gestructureerde kader. De disciplines zijn het onderling oneens over waardering van de invloed die is uitgegaan van het onvrijwillige karakter van de maatregel en het gestructureerde kader. De advocaten beoordelen de invloed tussen 'redelijk' en 'gunstig', de rechters en behandelaars 'gunstig' en de gedragsdeskundigen tussen 'gunstig' en 'zeer gunstig' (Friedman toets,  $df=3$ ,  $N=23$ ,  $p=.020$ ). Als alleen proefverlofgangers worden gezien blijken de beoordelaars het wel eens te zijn over de waardering van de invloed van het onvrijwillige karakter. In de toelichtingen worden de oordelen gemotiveerd met uitspraken als "zonder onvrijwilligheid en structuur was alles bij het oude gebleven", "gebleken was dat hij zonder de terbeschikkingstelling geen hulp/behandeling accepteerde", maar ook: "verzet tegen hulpverlening lijkt alleen maar gegroeid".

Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat hun oordeel over het effect van de maatregel - de hele periode van de terbeschikkingstelling en de periode daarna overziend - tussen 'redelijk' en 'gunstig' kan worden beoordeeld. De proefverlofgangers worden op dit punt beoordeeld tussen 'redelijk' en 'gunstig'; de niet-proefverlofgangers tussen 'ongunstig' en 'redelijk'. Bij beide subgroepen zijn de verschillende disciplines het echter onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen, zij het dat bij de niet-proefverlofgangers bijna dezelfde rangorde wordt toegekend (Kendall W toets,  $N=18$ ,  $W=.071$ ,  $p=.282$  bij proefverlofgangers en  $N=13$ ,  $W=.188$ ,  $p=.062$  bij niet-proefverlofgangers). Per casus verschillen de disciplines dan in de beoordeling van dit aspect.

In de toelichtingen worden met betrekking tot negatieve effecten kwalificaties gegeven als "het gedwongen kader had beter gebruikt kunnen worden", "onvoldoende, slechts marginale veranderingen", "zonder terbeschikkingstelling zou dit ook zo zijn geweest", "tijdverspilling". Als het gaat om positieve effecten worden kwalificaties gebruikt als "gedragsalternatieven toegenomen met meer adequaat vermijdingsgedrag, besef van gevarenczones", "consequente aanpak heeft duidelijk vruchten afgeworpen", "een droom van een behandeling, welke helaas veel te weinig voorkomt". In sommige gevallen wordt meer ingegaan op inhoudelijk veranderingen in gunstige of ongunstige zin, in andere gevallen wordt informatie gemist om de vraag goed te kunnen beantwoorden. Een rechter vindt het moeilijk te spreken over een effect van de maatregel: hooguit kan de begin- en

eindtoestand met elkaar worden vergeleken; of een verandering het effect is van de maatregel blijft een moeilijk te beantwoorden vraag.

Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat de behandeling 'tamelijk' heeft bijgedragen tot realisering van het doel van de terbeschikkingstellingen zoals door de beoordelaars zelf omschreven. Bij de proefverlofgangers wordt de bijdrage van de behandeling tussen 'tamelijk' en 'veel' beoordeeld; bij de niet-proefverlofgangers is dat tussen 'weinig' en 'tamelijk'. Bij beide groepen zijn de verschillende disciplines het onderling niet eens over de rangorde die zij binnen de subjecten aanbrengen, zij het dat bij de proefverlofgangers een trend naar 'orde' aanwezig is (Kendall W toets,  $N=17$ ,  $W=.136$ ,  $p=.073$  bij proefverlofgangers en  $N=16$ ,  $W=.065$ ,  $p=.376$  bij niet-proefverlofgangers). Het beeld bij dit aspect komt overeen met hetgeen ten aanzien van het overall-effect van de maatregel is gevonden, zoals hierboven vermeld.

Als het oordeel over de bijdrage van de behandeling negatief is worden in de toelichting omschrijvingen gehanteerd als "weinig effect, te snel buiten gezien ernst van delict", "er heeft geen behandeling plaats gevonden", "te vroeg beëindigd voordat het tot een verantwoorde afronding kon komen". In positieve zin wordt de bijdrage aangeduid als "zonder de intramurale gedwongen behandeling zou betrokkene niet snel veranderd zijn", "door continue karakter kon patiënt nergens anders heen dan in de therapeutische relaties", "hij heeft het toch meer 'zelf' gedaan", "niet zozeer de behandeling, maar de structuur van de maatregel".

Gevraagd naar andere aspecten die in de vragenlijst als zodanig niet aan de orde waren gekomen, maar wel hebben bijgedragen tot het al dan niet realiseren van het doel van de maatregel, noemen diverse beoordelaars de gunstige uitwerking van de contacten met relaties (familie, echtgenote, vriendin) en reclassering, de jeugdige leeftijd of juist het ouder worden, het uithoudingsvermogen van de staf van de kliniek en de reclassering, structuur en in een enkel geval het hebben van werk buiten de kliniek. In ongunstige zin wordt inconsequent gedrag van de magistratuur genoemd, een dubieuze selectie naar te 'open' kliniek, te veel ruimte om te ontvluchten en de ernst van de problematiek.

Alle beoordelaarsgroepen zijn het er onderling over eens dat de beschrijvingen van de terbeschikkingstellingen gewaardeerd kunnen worden tussen 'komt een beetje overeen' en 'komt overeen' met wat men zich in het algemeen voorstelde van de praktijk van een terbeschikkingstelling. Hierbij worden toelichtingen gegeven als "ik ben gewend aan Van Mesdag cliënten en ik ben onder de indruk van de in deze casus betrachte soepelheid, die ik ook juist acht", "typische TBR-behandeling in de Van der Hoeven Kliniek", "ik ken de praktijk beroepshalve", "ervaring", "de vroegtijdige beëindiging door de rechter en het zich onttrekken aan de behandeling zijn (bekende) aspecten van de realiteit van de maatregel", "past in de praktijk van de 80-er jaren", "pedofielen met geringe ontplooiingsmogelijkheden heb ik tot nu toe weinig van behandelingsmogelijkheden zien profiteren; meestal wordt de maatregel te vroegtijdig door een rechter beëindigd".

Tenslotte hebben de beoordelaars de ruimte gekregen los van de vragenlijst evaluerende opmerkingen te maken. Het beeld dat hieruit ontstaat is divers. Sommigen hadden graag over allerlei aspecten van de behandeling (therapiemogelijkheden, familieverhoudingen, eigen opvatting van betrokkene, medicatie) meer willen lezen. Anderen blijken meer informatie over de processuele kant (zoals bijvoorbeeld motiveringen van de rechters) op

prijs te stellen. Ook wordt gevraagd om een duidelijker beeld van de delictgevaarlijkheid. Er worden opmerkingen gemaakt over te weinig aandacht voor seksuele problematiek of signalen van terugval. Een rechter merkt op dat de gevalsbeschrijvingen kennelijk vanuit het perspectief van de behandelaars zijn geschreven, hetgeen tot een zekere kleuring en een self fulfilling prophecy kan hebben geleid. Een andere rechter daarentegen vindt dat de vorm van rapportage in de vorm van de ter beoordeling voorgelegde gevalsbeschrijvingen een uitstekend inzicht geeft. Een derde rechter merkt op dat zulke rapportage feitelijk onmisbaar is ter voorbereiding van een goede rechterlijke beslissing. Een gedragsdeskundige meent - na lezing van diverse gevalsbeschrijvingen - dat het hem steeds duidelijker wordt dat de verslaglegging voor de toon en de interpretatie van essentieel belang is.

### 5.3.3 Samenvatting van de oordelen van de beoordelaars

Uit de statistische analyses blijken de beoordelingen van de vier disciplines op twee manieren ingedeeld te kunnen worden. In de eerste plaats naar de mate van overeenstemming tussen de beoordelaarsgroepen en in de tweede plaats naar de inhoudelijk kant van de beoordeelde aspecten.

De *mate van overeenstemming* is op drie manieren te rubriceren:

1. Als het oordeel van de beoordelaars uit de vier verschillende disciplines met elkaar wordt vergeleken blijken zij het over een aantal aspecten eens te zijn, terwijl zij binnen de veertig beoordeelde casus ook dezelfde rangorde toekennen. De rechters, advocaten, gedragsdeskundigen en behandelaars zijn het in die gevallen volledig met elkaar eens. Dit wordt 'eens, met gelijke rangorde' genoemd.
2. Over een aantal aspecten zijn de vier disciplines het inzake alle casus met elkaar eens, als naar hun gemiddelde oordelen wordt gekeken. Zij verschillen echter van mening over de rangorde die zij binnen de veertig beoordeelde casus toekennen. Zij beoordelen deze aspecten kennelijk op een individueel niveau en komen niet vanuit een gezamenlijke - professionele - kennis tot een oordeel. Dit verschijnsel wordt hier 'eens, met ongelijke rangorde' genoemd en kan begrepen worden als een maat voor uiteenlopende opvattingen over de individuele casus met betrekking tot de desbetreffende aspecten.
3. Ten aanzien van een aantal aspecten zijn de vier disciplines het niet eens met elkaar; de gemiddelde oordelen over alle casus wijken significant van elkaar af. Overigens treedt er geen verschil op in de rangorde die de beoordelaars binnen de subjecten aanleggen. Zo kunnen de rechters, de gedragsdeskundigen en de behandelaars het onderling wel met elkaar eens zijn, maar significant van mening verschillen met de advocaten. Deze rubriek wordt aangeduid als 'oneens, met gelijke rangorde'.

Naar de *inhoudelijke kant* zijn de beoordeelde aspecten in te delen naar:

- a. het informatiegehalte van de casusbeschrijvingen
- b. de besluitvorming vóór en tijdens de terbeschikkingstelling
- c. de behandeling
- d. de effecten van de maatregel

### 5.3.3.1 De beoordelaars zijn het eens, met gelijke rangorde

Met de volgende aspecten zijn de beoordelaars het eens en brengen zij binnen de beoordeelde subjecten dezelfde rangorde aan:

#### - *informatiegehalte*

De beoordelaars vinden de informatie die zij in de casusbeschrijvingen kregen aangereikt met betrekking tot de voorgeschiedenis van de onderzochte ter beschikking gestelden, de periode in de behandelingskliniek en de beëindiging van de terbeschikkingstelling voldoende.

#### - *besluitvorming*

Over de wijze van beëindiging van de terbeschikkingstelling, dus beëindiging na een proefverlof of beëindiging zonder dat een proefverlof was gerealiseerd, ligt het oordeel tussen 'oneens' en 'eens'. Ten aanzien van de proefverlofgangers zijn de beoordelaars het eens, maar zij verschillen over de rangorde die zij binnen deze subgroep van de onderzoekspopulatie aanleggen. Ten aanzien van de niet-proefverlofgangers zijn zij het oneens: de advocaten zijn het eens met de wijze van beëindiging, de overige disciplines oordelen tussen 'oneens' en 'eens'.

#### - *behandeling*

Uit de beschrijvingen is de beoordelaars tussen 'matig duidelijk' en 'duidelijk' geworden welk doel de kliniek destijds met de behandeling van de patiënten voor ogen had gehad. Bij de behandeling is redelijk tot voldoende rekening gehouden met de wensen van de patiënten, zo vinden de beoordelaars. Het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen tijdens het verblijf in de kliniek wordt als nodig beoordeeld. In voldoende mate konden de patiënten zich buiten de kliniek oriënteren op het gebied van werk, sociale contacten en vrijetijdsbesteding.

#### - *effecten*

De vooruitzichten van de patiënten bij het verlaten van de kliniek worden voor de hele groep tussen 'ongunstig' en 'redelijk' geschat. Bij de niet-proefverlofgangers zijn de beoordelaars het er onderling over eens dat de vooruitzichten als ongunstig moeten worden beoordeeld. Bij de proefverlofgangers ligt het oordeel tussen 'ongunstig' en 'redelijk' (bijna 'redelijk'), maar treden er verschillen op in de rangorde die de beoordelaars binnen de proefverlofgangers aanleggen.

De lengte van de extramurale periode van de behandeling vinden de beoordelaars goed. Het effect van de maatregel - de periode van de terbeschikkingstelling en de periode daarna overziende - wordt tussen 'redelijk' en 'gunstig' beoordeeld. De beoordelaars vinden de mate waarin de behandeling heeft bijgedragen tot realisering van het doel van de onderzochte terbeschikkingstellingen (zoals door de beoordelaars gepercipieerd) 'tamelijk'. Voor beide laatst genoemde aspecten is het oordeel ten aanzien van de proefverlofgangers gunstiger dan ten aanzien van de niet-proefverlofgangers. Maar ook hier leggen de beoordelaars een verschillende rangorde aan binnen de veertig subjecten. De beschrijving van het verloop van de onderzochte gevallen komt voor de beoordelaars redelijk overeen (tussen 'komt een beetje overeen' en 'komt overeen') met de voorstelling die zij in het algemeen hebben van de praktijk van de terbeschikkingstelling.

### 5.3.3.2 De beoordelaars zijn het eens, met ongelijke rangorde

De volgende aspecten zijn statistisch gemiddeld op de volgende wijze beoordeeld, maar op het individuele niveau verschillen de beoordelingen, want de disciplines kennen binnen de veertig beoordeelde subjecten een verschillende rangorde toe:

#### - *besluitvorming*

Het advies van het Selectie Instituut tot plaatsing in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek vinden de beoordelaars tussen 'matig' en 'juist'. Met de eerste en de derde verlengingsbeschikking van de rechter zijn de beoordelaars het eens, bij de tweede verlengingsbeschikking ligt het oordeel tussen 'mee oneens' en 'eens', overigens dicht tegen 'eens' aan.

#### - *behandeling*

Van de keuze van de behandelingsactiviteiten door de kliniek vinden de beoordelaars dat deze juist geweest. Er is voldoende aandacht besteed aan het contact vanuit de kliniek met familie en andere relaties. De voorbereiding op het proefverlof vinden de beoordelaars voldoende, evenals de bemoeienis van de reclassering. De lengte van de intramurale behandelingsperiode wordt goed gevonden.

#### - *effecten*

De beoordelaars zijn het er over eens dat de kans op recidive tussen 'hoog' en 'laag' moet worden geschat. De ernst van eventuele recidive schatten zij tussen 'ernstig' en 'licht'. De periode na het vertrek uit de kliniek beoordelen zij tussen redelijk en gunstig. Als het gedrag van de betrokkenen ten tijde van de beëindiging van de maatregel wordt vergeleken met het gedrag dat aanleiding vormde tot de oplegging dan vinden de beoordelaars dit beter geworden. Ook zijn zij van oordeel dat er invloed is uitgegaan van het onvrijwillige karakter van de maatregel.

### 5.3.3.3 De beoordelaars zijn het oneens, met gelijke rangorde

Over de volgende aspecten zijn de vier disciplines het niet met elkaar eens, maar leggen zij wel dezelfde rangorde aan binnen de beoordeelde subjecten. Er lijkt een redelijk sterke samenhang aanwezig met de professionele rol van de desbetreffende discipline. Met name de advocaten zijn het vaker en in sterkere mate oneens met bepaalde aspecten die ter beoordeling werden voorgelegd dan de overige disciplines.

#### - *informatiegehalte*

De advocaten vinden informatie in de casusbeschrijvingen over de oplegging van de maatregel maar matig, terwijl de overige disciplines zeggen op dit punt voldoende informatie te vinden.

#### - *besluitvorming*

De advocaten zijn het bij 40% van de casus niet eens met de oplegging als zodanig. De andere disciplines zijn het er overwegend mee eens. Hetzelfde beeld treedt op met betrekking tot het oordeel over de combinatie van gevangenisstraf en terbeschikkingstelling: bij 45% van de casus zijn de advocaten het er niet mee eens. Alleen met het eerste verlengingsadvies zijn de advocaten het bijna eens, maar bij het tweede en het derde advies oordelen zij tussen 'oneens' en 'eens'. Met de verlengingsadviezen zijn de

gedragsdeskundigen het steeds 'eens' tot 'geheel eens'. Dat geldt ook voor de behandelaren, behalve bij het tweede advies waar zij het alleen 'mee eens' zijn. De rechters zijn het met betrekking tot het eerste advies 'eens' tot 'geheel eens', met de volgende adviezen zijn zij het alleen 'eens'.

#### *- behandeling*

Het enige aspect waar de advocaten niet het minst positieve oordeel vellen betreft het oordeel over de vraag in welke mate bij de behandeling rekening is gehouden met de problematiek van de ter beschikking gestelde. De rechters vinden dat dat in voldoende tot ruim voldoende mate het geval is geweest, de gedragsdeskundigen spreken over voldoende mate, terwijl de advocaten en de behandelaars tussen 'redelijk' en 'voldoende' oordelen.

#### *- effecten*

De disciplines zijn het onderling oneens over de waardering van de invloed van het onvrijwillige karakter van de maatregel. De advocaten waarderen deze invloed tussen 'redelijk' en 'gunstig', de rechters en behandelaars 'gunstig' en de gedragsdeskundigen tussen 'gunstig' en 'zeer gunstig'.

Niet goed in te delen is de mening van de beoordelaars over de mate waarin zij zeggen op de hoogte te zijn van de behandelingswijze in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Ook hier treedt een samenhang op met de rol van de discipline. De rechters zijn het minst op de hoogte, de advocaten meer. De gedragsdeskundigen kennen de kliniek nog beter, terwijl de behandelaars van de kliniek (uiteraard) het best op de hoogte zijn.

### **5.4 De interviews met de oud-patiënten**

#### **5.4.1 Inleiding**

In hoofdstuk 3 is uiteengezet hoe het interview met de oud-patiënten is opgezet en uitgevoerd. Aangezien maar achttien van de veertig onderzochten konden worden geïnterviewd, zijn slechts in beperkte mate analyses mogelijk op grond van de via deze interviews verzamelde gegevens. Het kleine aantal geïnterviewden gevoegd bij het feit dat bij sommige variabelen oordelen ontbreken, noopt tot voorzichtigheid bij het trekken van conclusies. Een relatief voordeel blijkt de redelijke verdeling van de geïnterviewden over de proefverlofgangers en de niet-proefverlofgangers te zijn: tien respectievelijk acht. Er wordt vooral een beschrijvende vorm gebruikt.

#### **5.4.2 De geïnterviewden als selectie van de onderzoekspopulatie**

Met behulp van kruistabellen en bijbehorende Chi-kwadraten is onderzocht of de achttien geïnterviewden afwijken van de tweeëntwintig niet-geïnterviewden. In statistisch opzicht blijken er geen significante verschillen tussen beide groepen te bestaan. Niettemin zijn wel enige verschillen aan te duiden. Bij de oplegging zijn de geïnterviewden gemiddeld bijna twee jaar jonger geweest dan de niet-geïnterviewden. In tabel 5.1 worden de opleggingsdelicten van beide groepen weergegeven. Opgemerkt wordt dat de helft van de geïnterviewden wegens een seksueel delict ter beschikking is gesteld tegenover 32% van de niet-geïnterviewden. Bij de geïnterviewden is maar 16% wegens vermogensdelicten veroor-

deeld tegenover ruim 45% bij de niet-geïnterviewden. Een verklaring voor deze verschillen kan zijn dat behandelingscontacten met seksuele delinquenten over het algemeen intensiever zijn geweest, waardoor een hogere respons uit deze groep kan zijn bevorderd.

**Tabel 5.1: Opleggingsdelicten van de geïnterviewde en de niet-geïnterviewde oud-patiënten**

opleggingsdelict	INT	N-INT	totaal
agressief delict	6	5	11
seksueel delict	9	7	16
vermogensdelict	3	10	13
<b>totaal</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>40</b>

Ruim 60% van de geïnterviewden heeft tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel niet opnieuw een delict gepleegd tegenover 45% van de niet-geïnterviewden.

**Tabel 5.2: Recidive na de terbeschikkingstelling bij de geïnterviewden en de niet-geïnterviewden volgens vier recidive criteria**

recidive-criteria	INT	N-INT	totaal
enig misdrijf	12 (67%)	19 (86%)	31
opnieuw veroordeeld	10 (56%)	17 (77%)	27
idem tot onv.gev.straf en/of tbs	7 (39%)	9 (41%)	16
idem tot onv.gev.straf >= 6 mnd. en/of tbs	4 (22%)	6 (27%)	10
	<b>N=18</b>	<b>N=22</b>	<b>N=40</b>

Uit tabel 5.2 blijkt dat de niet-geïnterviewden een hogere frequentie van recidive te hebben, maar qua ernst zijn de verschillen niet significant, indien tenminste een veroordeling tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf als maat wordt genomen. De niet-geïnterviewden hebben meer speciale en specifieke recidive gepleegd (zie voor de betekenis van deze begrippen paragraaf 4.6.4), zij het dat het verschil ook hier niet significant is.

#### 5.4.3 De informatie vooraf over de terbeschikkingstelling

Van de achttien geïnterviewde oud-patiënten zeggen slechts drie goed of heel goed op de hoogte geweest te zijn van hetgeen een terbeschikkingstelling inhoudt op het moment dat deze werd uitgesproken. Kennis vooraf over de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek is over het algemeen niet aanwezig geweest: driekwart zegt niet of helemaal niet bekend geweest te zijn met de kliniek.



## **5.4.4 De besluitvorming bij de terbeschikkingstelling**

### **5.4.4.1 De besluitvorming voorafgaande aan de opneming in de kliniek**

Een derde van de geïnterviewden zegt het niet eens geweest te zijn met het voorlichtingsrapport, een derde is het er wel mee eens geweest en een derde heeft geen antwoord gegeven. De behandeling door de rechtbank of het hof vonden acht personen 'vervelend', zeven 'redelijk' tot 'goed', terwijl drie geen antwoord geven. De ene helft noemt de oplegging van de terbeschikkingstelling niet terecht, de andere helft is het ermee eens geweest. Met de combinatie van vrijheidsstraf en maatregel zijn slechts vier het eens geweest, acht personen vinden het (helemaal) niet goed, maar van zes geïnterviewden is geen antwoord bekend. Hoe het eigen netwerk heeft gereageerd op de oplegging weet een derde deel niet (meer), een derde zegt dat hun relaties het ermee eens waren, terwijl van de resterende een derde de relaties de oplegging juist niet terecht vonden.

De helft van de respondenten zegt dat het Selectie Instituut 'heel slecht' of 'slecht' met hen had overlegd over plaatsing in de geselecteerde kliniek. Ook de voorbereiding op de plaatsing in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek van het Selectie Instituut noemen zij 'heel slecht' of 'slecht'. Een derde geeft deze twee aspecten een waardering van 'redelijk' tot 'goed'. Ruim tweederde noemt de voorbereiding op de opneming van de kant van de kliniek 'redelijk' tot 'goed'.

### **5.4.4.2 De verlengingsprocedures**

Ten aanzien van de verlengingsprocedures blijken veel respondenten te weten welke termijn de kliniek had geadviseerd respectievelijk de rechtbank of het hof had uitgesproken. De meeste weten of de beëindiging van de maatregel conform of contrair het advies van de kliniek was geweest. In een aantal gevallen zijn er discrepanties met de feiten in het dossier. Zo zegt één patiënt ten onrechte dat contrair is beëindigd, terwijl in werkelijkheid de officier van justitie conform het advies van de kliniek geen vordering tot verlenging had ingediend.

Naarmate er meer verlengingsprocedures zijn, lijken de oud-patiënten het meer oneens te zijn met de verlengingsadviezen. Met de verlengingsbeslissingen van rechtbank of gerechtshof zijn zij het meer (ten dele) eens, ook als de maatregel langer duurt. Het totaal aantal beschikbare antwoorden neemt echter af naar mate de terbeschikkingstelling langer heeft geduurd, voornamelijk omdat er minder personen voor verlenging in aanmerking komen vanwege reeds beëindigde maatregelen (bij de derde procedure nog maar zes van de achttien). In het oordeel is geen verschil te onderscheiden tussen de proefverlofgangers en de niet-proefverlofgangers.

Over de behandeling van hun zaak op de verlengingszittingen zelf is de helft van de geïnterviewden redelijk tot goed te spreken, de andere helft in meer of mindere mate niet. Tweederde vindt niettemin dat zij voldoende in de gelegenheid gesteld werden voor de rechter hun standpunt naar voren te brengen.

### **5.4.5 Het doel van de terbeschikkingstelling**

Op het antwoord van één na zijn alle oordelen over het doel van de rechter met de terbeschikkingstelling te scoren in de categorieën die ook uit de toelichtingen van de

beoordelaars zijn afgeleid (zie paragraaf 5.3.2.3). Tweederde geeft de combinatie van 'beveiliging en behandeling' op, twee personen noemen alleen 'beveiliging' en drie alleen 'behandeling'. De geïnterviewden noemen nog al eens dat de rechter kennelijk vond dat erger moest worden voorkomen, dat herhaling moest worden vermeden en dat daarom een behandeling in het kader van terbeschikkingstelling onvermijdelijk was geworden.

Als de oud-patiënten een eigen doel van de maatregel kunnen aangeven dan scoren er vijf in de categorie 'gedrag veranderen', negen in de categorie 'wel zien/afwachten', drie in de categorie 'zich verzetten' en één weet niet te antwoorden. De proefverlofgangers blijken significant vaker in de categorie 'wel zien/afwachten' te scoren dan de niet-proefverlofgangers (Pearson Chi-kwadraat=7.28, df=2, p=.026). Sommigen zeggen er zelf om gevraagd te hebben en zich ten doel gesteld te hebben aan zichzelf te werken, anderen zeggen zo min mogelijk te hebben willen doen om er snel vanaf te komen.

#### **5.4.6 Het doel van de behandeling**

Tweederde van de respondenten geeft te kennen een duidelijk of zelfs heel duidelijk doel voor ogen gehad te hebben bij de opname in de kliniek. De min of meer concrete doelomschrijvingen overheersen. De een geeft aan een bepaald beroep of vakkennis te willen opdoen, een ander wil door hard werken op een positieve manier "eruit zien te komen", weer een ander wil "iets veranderen zodat delicten niet meer kunnen gebeuren". Maar ook een afwachtende of afwijzende houding komt voor: "eerst zien" en "er zo gauw mogelijk uitkomen, je dacht in gevangenstermen". Tien ondervraagden vonden destijds behandeling (erg) nodig, terwijl acht dat (helemaal) niet nodig vonden. Hier wordt een en ander toegelicht in termen van "gebukt gaan onder de problemen", maar ook "ik zag geen problemen".

De helft van de geïnterviewde oud-patiënten zegt op de hoogte te zijn geweest met het doel dat de staf met betrekking tot hun behandeling nastreefde. Vijf van hen zijn in staat een concrete aanduiding van doelen te geven, zoals: volhouden, leren teleurstellingen te verwerken, zich leren uiten, leren verantwoordelijkheid te dragen, gezinstherapie. Voor de meeste respondenten is het doel van de staf pas later duidelijk geworden; voor drie personen is het zelfs nooit duidelijk geworden. Staf en patiënten zijn het niet altijd met elkaar eens geweest over het doel van de behandeling. Elf respondenten zijn het wat dit betreft oneens gebleven, vijf zeggen het wel eens te zijn geweest. Veel oud-patiënten geven te kennen dat hun motivatie om aan het behandelingsprogramma deel te nemen wisselend is geweest: voortdurende ups en downs of geen motivatie in het begin, maar later wel of omgekeerd. Het kwam meer bij de proefverlofgangers dan bij niet-proefverlofgangers voor dat de motivatie pas later toenam.

#### **5.4.7 Het oordeel over aspecten van de behandeling**

Iedere oud-patiënt is opgenomen geweest in een leefgroep. Vooral de proefverlofgangers zeggen aan de leefgroep 'een beetje' tot 'veel' gehad te hebben. De niet-proefverlofgangers zijn het minst positief in hun waardering. In totaal hebben elf van de achttien respondenten een gunstig oordeel over de functie van de leefgroep. Sommigen noemen met name het contact met de groepsleiding een gunstig aspect, anderen herinneren zich een goed contact met groepsleden. Daartegenover worden ook kritische opmerkingen gemaakt over de invloed van groepsleden in de leefgroep.

Tien oud-patiënten van de totale onderzoekspopulatie zijn één of meerdere malen opgenomen geweest op de afdeling voor individuele en intensieve behandeling. Van hen zijn er zes geïnterviewd. Drie zeggen het doel van die opname duidelijk gevonden te hebben; volgens vier van de zes was het de keuze van de staf geweest. Over het doel kunnen zij in concreto weinig zeggen: één respondent noemt dat hij gestopt moest worden in een aantal door hem gedetailleerd omschreven situaties. Vier van de zes oordelen gunstig over het nut van de behandeling op deze afdeling: zij hebben er (tamelijk) veel aangehad.

Bijna alle oud-patiënten blijken tijdens het interview in staat te zijn van de verschillende behandelingsactiviteiten te zeggen of zij eraan hebben deelgenomen en zo ja, welke rol de activiteiten voor hen hebben gespeeld en of de keuze van de activiteit van hen zelf was geweest, van de staf of van beiden. Over de deelname als zodanig kunnen zij over de hele linie een exact beeld geven. Vergelijking met gegevens uit het kliniekdossier is op dit punt echter niet goed mogelijk gebleken (zie paragraaf 4.8). Ook hebben zij een oordeel over de activiteiten. Een aantal activiteiten springt er duidelijk uit. Bij de geïnterviewden tellen onderwijs, arbeidstraining, sport en commissies zoals de kliniekraad het grootste aantal deelnemers. Deze behandelingsterreinen hebben naar hun zeggen ook een - overwegend - grote rol gespeeld. Proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers oordelen hierover op dezelfde manier. Beide subgroepen menen ook dat individuele psychotherapie en muziek een grote rol hebben gespeeld; het aantal deelnemers is hier echter kleiner. Bij het contact met de geestelijke verzorging geven meer niet-proefverlofgangers dan proefverlofgangers op dat dit een grote rol heeft gespeeld; hetzelfde geldt voor creatief spel. Bij de proefverlofgangers is deelname aan en waardering voor de rol van werken bij een werkgever buiten de kliniek groot. Op één na hebben alle geïnterviewden familiegesprekken gehad. De helft - voor het merendeel niet-proefverlofgangers - zegt dat deze geen rol hebben gespeeld, terwijl de proefverlofgangers overwegend over een kleine rol spreken. Het verschil tussen beide groepen is hier significant (Mann-Whitney U toets,  $U=15$ ,  $N=17$ ,  $p=.0342$ ). Niet-proefverlofgangers hebben vergeleken met proefverlofgangers vaker een contactgezin of contactpersoon gehad; dit wordt dan positief gewaardeerd. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid buiten de kliniek contact te hebben met een club of vereniging. Relatief minder deelname, maar een positieve waardering worden genoemd bij rollenspel, vrijetijdsbesteding, mime, tekenen, beeldhouwen, elementair toneel, fotografie, textiele werkvormen, manuele expressie, groepstherapie, sociale vaardigheidstraining. Niet alle activiteiten behoorden gedurende de hele periode waarin de oud-patiënten waren opgenomen, tot het behandelingspakket.

Ten aanzien van de keuze voor de verschillende activiteiten valt op dat relatief veel sprake is geweest van een eigen keuze bij sport, muziek, fotografie, geestelijke verzorging, vrijetijdsbesteding en contact met een club of vereniging buiten de kliniek. Voor de overige activiteiten geven de respondenten in gelijke mate op dat de staf de keuze heeft gemaakt dan wel dat sprake is geweest van een gezamenlijke keuze, zij het dat zij vaker het antwoord schuldig blijven dan bij de weergave over de deelname van en het oordeel over de activiteit.

De meeste ondervraagden (zestien) zeggen wel eens afgezonderd geweest te zijn geweest in hun eigen of een aparte kamer. Zeven van hen oordelen hierover gunstig. Sommigen vinden die afzondering terecht om hen in hun agerend gedrag te stoppen, anderen spreken

over een soort 'rust' om bij te komen. Diegenen die negatief oordelen wijzen op verschil van inzicht met de staf over de noodzaak tot afzondering.

Alle respondenten op twee na zeggen dat familieleden en/of andere relaties bij de behandeling zijn betrokken (een ander aspect dan de hierboven besproken familiegesprekken), hetzij met een onregelmatige, hetzij met een regelmatige frequentie. Zij beoordelen dit aspect over het algemeen gunstig. De helft van de geïnterviewde oud-patiënten vindt het tijdstip waarop zij voor de eerste keer met verlof de kliniek konden verlaten op het goede moment gekozen, voor de andere helft duurde het eigenlijk te lang voor het zover was. Ook voor de helft was het doel dat de staf destijds voor ogen had met verloven duidelijk geweest, het meest voor proefverlofgangers. Een betrekkelijk groot aantal van de andere helft zegt het doel van de staf niet te kunnen reproduceren. Verreweg het meest genoemde doel dat de staf zou hebben gehad met verloven, is het uitbouwen van familiecontacten en het verwerven van nieuwe relaties. Als zij een eigen doel formuleren wordt nog al eens genoemd dat zij 'eruit' wilden zijn.

Van de respondenten zijn er tien (vijf proefverlofgangers en vijf niet-proefverlofgangers) één of meermalen ongeoorloofd afwezig geweest, hetzij door middel van een ontvluchting uit het gebouw, hetzij door niet (tijdig) terug te keren van een verlof. Als reden voor het zich onttrekken aan de behandeling geven geïnterviewden op dat zij 'eruit' wilden zijn of wilden bewijzen dat zij het aankonden in de maatschappij.

Gevraagd naar het oordeel over de praktische voorbereiding op het proefverlof kunnen voornamelijk alleen de proefverlofgangers reageren. Allen vinden dat die voorbereiding 'redelijk' tot 'heel goed' is geweest. Verschillende noemen dat de gelegenheid om van een flatje in de kliniek gebruik te maken een goede zaak was als voorbereiding op het proefverlof. Ook bij enkele oud-patiënten die uiteindelijk als niet-proefverlofgangers en tegen het advies van de kliniek de kliniek verlieten, is sprake geweest van voorbereiding op een proefverlof, bijvoorbeeld door middel van een proefplaatsing in een huis voor beschermd wonen. Ook noemt een oud-patiënt dat hij proefverlof afwees omdat in dat kader de kliniek het nog voor het zeggen heeft. Voor één persoon kwam het proefverlof eigenlijk te vroeg, bij vier op het goede moment en bij de anderen kwam het te laat, terwijl één geen oordeel heeft. Eén niet-proefverlofganger noemt de voorbereiding 'heel slecht' omdat er wel veel over werd gesproken, maar niet met hem zelf. Op twee na zijn de proefverlofgangers redelijk tot heel goed te spreken over de begeleiding door de reclassering tijdens de proefverlofperiode. Uiteraard is hier allerlei variatie in de antwoorden: van "realiteitstoetsend", "ze stonden altijd klaar" tot "nauwelijks contact, behalve toen een rapport moest worden gemaakt".

#### **5.4.8 Het oordeel over de huidige situatie**

Over hun huidige situatie zeggen alle respondenten op één na dat zij redelijk tot heel tevreden zijn. Dertien van de zeventien zijn tevreden of heel tevreden. Er is op dit punt geen verschil te constateren tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. Als zij de huidige situatie vergelijken met de situatie voorafgaande aan de terbeschikkingstelling noemen zij nog al eens dat zij beter in staat zijn contacten te leggen, dat zij weerbaarder zijn geworden en dat zij beter in staat zijn met problemen om te gaan. Wat betreft de huidige sociale contacten blijken alle respondenten redelijk tot heel tevreden te zijn. Zij noemen met name het verbeterde contact met familieleden, met kennissen en met

collega's en het gevoel nu ergens bij te horen in tegenstelling tot vroeger. Bijna de helft van de geïnterviewden blijkt redelijk vaak contact gehad te hebben met psychosociale of psychiatrische hulpverlening (in één geval betrof het een klinische opname voor twee maanden).

Vier oud-patiënten hebben geen werk of hebben dat na het vertrek uit de kliniek niet gehad. Van de resterende veertien zijn er twaalf redelijk tot heel tevreden over het werk dat zij op dat moment doen. Verschillende noemen zich zelfs heel geslaagd, zeggen plezier te hebben in het werk. Eén respondent noemt de terbeschikkingstelling als negatieve factor bij het krijgen van werk, enkele anderen zijn niet zo tevreden met het wisselende werk via uitzendbureaus en zouden liever een vaste baan hebben. Ook ten aanzien van de waardering van de vrijetijdsbesteding overheerst de tevredenheid. Er worden verschillende hobbies genoemd, sommigen komen tijd te kort. Over hun huisvesting zijn zestien respondenten tevreden tot heel tevreden. De meesten hebben een eigen koop- of huurhuis, enkelen wonen in een pension.

Alle oud-patiënten zijn bereid geweest antwoord te geven op de vraag of zij zich na het vertrek uit de kliniek schuldig hadden gemaakt aan het plegen van strafbare feiten. Van de geïnterviewden zeggen elf dat zij dat gedaan hebben: in zes gevallen van lichte aard, in vier gevallen van niet zo ernstige aard en in één geval van heel ernstige aard. Relatief meer niet-proefverlofgangers dan proefverlofgangers zeggen opnieuw delicten te hebben gepleegd. Bij zeven geïnterviewden is opnieuw een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf en/of een terbeschikkingstelling uitgesproken geweest.

De eigen opgave van de geïnterviewden komt overeen met de uit het Justitiële Documentatieregister beschikbare gegevens. Tijdens het interview wisten de geïnterviewden niet of en wanneer in het onderzoek recidive-gegevens opgevraagd zouden worden. Ook de interviewers waren niet op de hoogte van deze gegevens.

#### **5.4.9 De evaluatie van de maatregel en de behandeling door de oud-patiënten**

Op één na denken alle geïnterviewden voor het merendeel af en toe, en in een enkel geval vaak, terug aan de periode van de terbeschikkingstelling. Bij een derde deel komen dan positieve herinneringen naar boven, bijna de helft heeft gemengde gevoelens en drie niet-proefverlofgangers geven op overwegend negatief over die periode te denken.

Tweederde van de respondenten beoordeelt het tijdstip waarop formeel een einde kwam aan de terbeschikkingstelling goed tot heel goed. Drie respondenten vinden dit tijdstip niet goed geweest, voor de rest maakte het niet zoveel uit.

De meeste geïnterviewden menen dat zij redelijk tot zeer veel bereikt hebben als hun gevraagd wordt een oordeel te geven over het al dan niet bereiken van de doelen die zij zelf met de behandeling voor ogen hadden. Drie respondenten zeggen expliciet dat zij hun doelen (helemaal) niet hebben bereikt, één respondent is niet in staat de vraag te beantwoorden, want hij vond zijn doelen niet behandelingsgericht. Proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers verschillen in die zin dat proefverlofgangers zich meer uitspreken in termen van '(zeer) veel bereikt', terwijl niet-proefverlofgangers meer oordelen in termen van 'een beetje bereikt' of '(helemaal) niet bereikt'. Sommigen zeggen vooral hun eigen doelen - niet noodzakelijkerwijs behandelingsdoelen - te hebben vastgehouden, anderen geven te kennen tijdens de behandeling gaandeweg het nodige geleerd te hebben, zoals zelfstandiger worden, van zich afbijten, met gevoelens omgaan. Ook wordt opgemerkt dat het zonder de kliniek niet gelukt zou zijn.

Bij het vergelijken van de periode vóór en na de terbeschikkingstelling spreken alle respondenten over (veel) verandering in gunstige zin. Ook hier treden - zij het niet significante - verschillen op: de proefverlofgangers spreken meer over 'veel verandering' respectievelijk '(zeer) gunstige verandering', terwijl niet-proefverlofgangers zich meer uiten in termen van 'verandering' respectievelijk 'gunstige verandering'. Als de oud-patiënten wordt gevraagd nader toe te lichten wat dan veranderd is, treedt een zekere overlap op met de vraag over het bereiken van de eigen doelen. Enkele oud-patiënten noemen dat zij rustiger zijn geworden, dat zij zich beter in anderen kunnen verplaatsen, maar ook dat zij ouder zijn geworden (en daaraan mede verandering toeschrijven).

Waardoor of door wie verandering is opgetreden wordt gevarieerd beoordeeld. Sommigen noemen expliciet (het geheel van) de behandeling in de kliniek, soms bepaalde aspecten van de behandeling (kliniekraad, groepsgevoel, met name genoemde stafleden, rollenspel, individuele gesprekken, contactgezin). Anderen denken dat hun eigen inzet en contact met familie belangrijk zijn geweest, waarbij de behandeling in de kliniek een goede aanzet is geweest. Eén respondent zegt dat verandering juist niet door de terbeschikkingstelling en de kliniek is opgetreden, maar door het contact met zijn vrouw en familieleden. Nog een ander zegt verandering te danken te hebben aan het geloof.

In het oordeel achteraf over het onvrijwillige/gedwongen karakter van de opname in de kliniek en het gestructureerde kader blijken proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers significant van elkaar te verschillen (Mann-Whitney U toets,  $U=13$ ,  $N=17$ ,  $p=.0205$ ): de proefverlofgangers oordelen overwegend gunstig tot heel gunstig, de niet-proefverlofgangers waarderen het aspect van het onvrijwillige karakter in meer (heel) ongunstige zin. Van alle geïnterviewden oordelen tien van 'matig' tot 'heel gunstig'. Er zijn oud-patiënten die zeggen het gedwongen karakter in het geheel niet ervaren te hebben. Anderen hebben er in het begin moeite mee gehad, maar gingen later het nut ervan inzien. In dit verband wordt verschillende keren opgemerkt dat er iets moest gebeuren en dat het zonder die structuur zeker weer mis zou zijn gegaan. Gevangenisstraf wordt afgewezen vergeleken met de terbeschikkingstelling. Eén respondent merkt op dat de situatie in de kliniek veilig bleef, omdat de staf tijdens gespannen situaties met je bleef praten. Door degenen die het gedwongen karakter afwijzen wordt gezegd dat de dwang en opsluiting bij hen juist averechts werkten.

Verskillende respondenten geven de suggestie oud-patiënten met al hun ervaringen aan huidige ter beschikking gestelden te laten vertellen hoe je het kunt redden door de behandeling heen te komen en daarna een plaats in de maatschappij te veroveren. Anderen pleiten voor meer informatie over allerlei aspecten van de maatregel zowel aan ter beschikking gestelden als aan het publiek, los van geruchtmakende incidenten. Een andere suggestie is na vijf jaar in elk geval een herselectie te doen plaatsvinden. Meer 'mense-lijkheid' wordt door sommigen op prijs gesteld. In de huisregels zou een en ander moeten veranderen. Het meehelpen door medepatiënten bij afzondering bijvoorbeeld wordt door enkelen geen juiste manier van handelen genoemd. Ook wordt genoemd dat de nazorg beter zou kunnen zijn geweest.

#### **5.4.10 Samenvatting van het oordeel van de oud-patiënten**

Voor veel aspecten die in het interview met de oud-patiënten aan de orde zijn gekomen geldt de restrictie dat slechts van een beperkt aantal oud-patiënten gegevens beschikbaar

zijn. Bij de analyse speelt een rol dat het aantal per subgroep uiteraard afneemt als een onderverdeling wordt gemaakt naar de tien proefverlofgangers en de acht niet-proefverlofgangers in de geïnterviewde groep. De gegevens uit de interviews met de oud-patiënten kunnen als volgt worden gerubriceerd:

*- kenmerken van de geïnterviewden vs. niet-geïnterviewden*

Als geïnterviewden wat betreft criminaliteit vóór en na de terbeschikkingstelling worden vergeleken met niet-geïnterviewden blijken de laatst genoemden meer delicten te hebben gepleegd, maar de verschillen zijn niet significant. Onder de geïnterviewden bevinden zich relatief weinig oud-patiënten die wegens een vermogensdelict ter beschikking zijn gesteld.

*- besluitvorming*

Voordat zij ter beschikking werden gesteld wisten de meeste geïnterviewden weinig over de maatregel en over de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek waar zij uiteindelijk werden opgenomen. De helft is het eens geweest met de oplegging, maar niet met de combinatie met een vrijheidsstraf.

Het doel van de terbeschikkingstelling als zodanig omschrijven de meeste respondenten als een combinatie van beveiliging en behandeling. Van de gang van zaken rond de verlengingsprocedures hebben veel geïnterviewden nog een juist beeld, al treden in een aantal gevallen discrepanties op met de feitelijke gegevens. Naarmate de maatregel langer duurt zijn zij het minder eens met de verlengingsadviezen, maar meer eens met de rechterlijke beslissing.

*- behandeling*

Meer dan de helft van de geïnterviewden vindt dat behandeling nodig was geweest. Voor de meesten is het doel dat de staf van de kliniek met de behandeling voor ogen had pas later duidelijk(er) geworden. De behandelingsmotivatie is over het algemeen wisselend geweest; relatief veel proefverlofgangers zeggen pas later gemotiveerd te zijn.

Voor de proefverlofgangers hebben volgens hun opgave geprofiteerd van de leefgroep als behandelingsmiddel. De geïnterviewden die ook opgenomen zijn geweest op de afdeling voor individuele en intensieve behandeling oordelen daar gunstig over. Bijna de helft van degenen die afgezonderd zijn geweest heeft daar een gunstig oordeel over.

Van de behandelingsactiviteiten waaraan de deelname het grootst is geweest en die een (zeer) positieve waardering kregen, zijn te noemen: onderwijs, arbeidstraining, sport en lidmaatschap van commissies. Ook individuele psychotherapie en muziek scoren hoog, zij het met wat minder deelname. Vooral bij proefverlofgangers heeft buitenwerk een rol gespeeld, vooral bij niet-proefverlofgangers de geestelijke verzorging en creatief spel. De deelname aan andere activiteiten is minder geweest, maar de waardering blijft overwegend positief, met uitzondering van familiegesprekken waar de proefverlofgangers over een kleine rol spreken en niet-proefverlofgangers geen rol van betekenis aangeven.

Bij veel behandelingen zijn familieleden en andere relaties betrokken geweest hetgeen de oud-patiënten over het algemeen als gunstig beoordeelen. Het contact met deze relaties was veelal ook het doel van verloven. Ruim de helft van de respondenten is naar hun zeggen wel eens ongeoorloofd afwezig geweest. De voorbereiding op het proefverlof vinden alle proefverlofgangers redelijk tot goed. Dat vinden zij ook van de begeleiding door de reclassering.

### - effecten

Praktisch alle respondenten zijn redelijk tot heel tevreden over hun algehele huidige situatie, hun sociale contacten, hun werk, hun vrijetijdsbesteding en hun huisvesting. De opgave van de respondenten over de delicten die zij na het vertrek uit de kliniek hebben gepleegd stemt overeen met de gegevens uit het Justitiële Documentatieregister. Elf van de achttien geïnterviewden zeggen strafbare feiten te hebben gepleegd, waarvan zes van lichte aard, vier van niet zo ernstige aard en één van heel ernstige aard.

Veel oud-patiënten denken nog wel eens aan de periode van de terbeschikkingstelling; de herinnering is dan wisselend van aard. De meesten zeggen redelijk tot veel bereikt te hebben van wat zij zich ten doel hadden gesteld. De proefverlofgangers oordelen wat dit aspect betreft positiever dan de niet-proefverlofgangers. Ook bij het aangeven van veranderingen bij het vergelijken van de situatie vóór en na de terbeschikkingstelling geven de proefverlofgangers onder de geïnterviewden een positiever beeld, hoewel allen vinden dat er verandering in gunstige zin heeft plaatsgevonden. Waardoor verandering is opgetreden wordt verschillend beoordeeld: een deel noemt behandelaspecten, een ander deel noemt de eigen inspanning en weer een ander deel kent groot gewicht toe aan het contact met relaties. Het onvrijwillige karakter van de opneming in de kliniek en het gestructureerde kader wordt door de proefverlofgangers significant gunstiger beoordeeld dan door de niet-proefverlofgangers.

Een aantal oud-patiënten doet de suggestie om voormalige ter beschikking gestelden aan de huidige patiënten een spiegel voor te laten houden, omdat zij vanuit hun ervaring kunnen spreken. Meer neutrale voorlichting over de maatregel is gewenst zowel voor de ter beschikking gestelden zelf als voor het publiek, zo menen zij.

## 5.5 De beoordelingen en de interviews met elkaar in verband gebracht

Er is een poging gedaan teneinde na te gaan in hoeverre er overeenstemming is tussen de subjectieve beoordeling van de oud-patiënten en het oordeel van professioneel betrokkenen die uitsluitend op grond van schriftelijke rapportage beoordeelden. In praktische zin levert dit echter een aantal problemen op. In de eerste plaats is bij de samenstelling van de vragenlijsten voor de beoordelingen respectievelijk het interview met de oud-patiënten onvoldoende rekening gehouden met een dergelijke gecombineerde analyse. De formulering van de vragen en de bijbehorende schaalindelingen voor de antwoorden waren slechts ten dele op elkaar afgestemd. In de tweede plaats is het aantal gevallen dat hiervoor in aanmerking komt ten hoogste achttien, namelijk het aantal geïnterviewde oud-patiënten. Door ontbrekende scores zal dit aantal bij diverse aspecten nog dalen. In de derde plaats is de optiek van beide beoordelingen, door buitenstaanders en door direct betrokkenen, zo verschillend dat ook daarom gevolgtrekkingen alleen met grote voorzichtigheid kunnen worden gemaakt.

Ten behoeve van deze aanvullend analyse zijn voor 21 aspecten corresponderende vragen uit beide vragenlijsten geselecteerd. Een voorwaarde voor de selectie was dat uit de interviews voldoende scores aanwezig waren. Om vergelijking met de antwoordschalen van de vragen aan de beoordelaars mogelijk te maken, zijn sommige schalen van de interviewantwoorden gehercodeerd. De aldus verkregen gecombineerde data van de beoordelingen en de interviews zijn vervolgens aan de *Friedman en Kendall W toetsen* onderworpen, zoals eerder met de beoordelingen werd gedaan. Uit het resultaat van de analyse blijkt in de mening over tien aspecten geen verschil op te treden als het oordeel van de



oud-patienten gevoegd wordt bij het oordeel van de vier professionals. Bij de resterende elf aspecten treden verschuivingen op hetgeen tot een andere indeling in een van de in paragraaf 5.3.1 geïntroduceerde categorieën leidt.

### **5.5.1 Aspecten waarover het oordeel gelijk blijft**

De volgende aspecten blijven binnen dezelfde drie categorieën. In de eerste categorie (eens, met gelijke rangorde) betreft het het oordeel over de vraag of het doel van de staf duidelijk was geweest. Alle vijf beoordelaarsgroepen zijn het er over eens dat deze tussen 'matig duidelijk' en 'duidelijk' is geweest. Allen noemen overwegend 'beveiliging en behandeling' als doel van de terbeschikkingstelling.

In de tweede categorie (eens, met ongelijke rangorde) valt het oordeel over het selectie-advies. Allen vinden de plaatsing in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek tussen 'matig' en 'juist'. In dezelfde categorie blijkt het oordeel over de volgende aspecten te liggen: de tweede verlengingsbeschikking (tussen 'oneens' en 'eens'), de ernst van de recidive (tussen 'ernstig' en 'licht'); het moment van einde aan de intramurale behandeling (tussen 'goed' en 'te laat') en het verloop na het vertrek uit de kliniek (tussen 'redelijk' en 'gunstig').

In de derde categorie (oneens, met gelijke rangorde) tenslotte bevinden zich drie aspecten. Het eerst aspect betreft de mening over de oplegging van de maatregel: de advocaten en de geïnterviewden zijn het er matig mee eens, de overige beoordelaars zijn het ermee eens. Ten aanzien van het tweede aspect, de kennis over de kliniek, weten de oud-patienten vooraf het minst van de kliniek. Het derde aspect betreft het oordeel over het tweede verlengingsadvies: de oud-patienten zijn het er bijna mee oneens, de anderen zijn het er bijna mee eens.

### **5.5.2 Aspecten waarover het oordeel anders luidt**

Bij een aantal andere aspecten vindt een verschuiving tussen de drie categorieën plaats. Een aantal aspecten wordt in deze gevallen in 'negatieve' zin beïnvloed door het oordeel van de oud-patienten. Bij een aantal aspecten is er veel overeenkomst tussen het gemiddelde oordeel van alle vijf beoordelaarsgroepen: de voorbereiding van proefverlof, de vorm waarin een einde kwam aan de maatregel, de aard van de (geschatte respectievelijk feitelijke) recidive en het eindoordeel over het effect van de maatregel. Ten aanzien van het verloop na vertrek en de mate van gedragsverandering oordelen de geïnterviewde oud-patienten gunstiger dan de professionele beoordelaars.



## 6.1 Inleiding

De programma-evaluatieve oriëntatie van deze studie impliceert dat getracht wordt na te gaan in hoeverre doeleinden van de onderzochte terbeschikkingstellingen zijn bereikt. In hoofdstuk 1 is uiteengezet dat als algemeen aanvaard doel van de maatregel moet worden begrepen het voorkómen van herhaling van ernstig riskant gedrag voortvloeiend uit een psychische gestoordheid of op zijn minst het verminderen van de kans op dergelijk gedrag. Uit de aangehaalde literatuur en onderzoeken blijkt dat recidive beschouwd wordt als algemeen aanvaard en belangrijk, zo niet het belangrijkste, criterium waaraan getoetst kan worden of doeleinden van de maatregel zijn bereikt. Nader zal dan nog bepaald moeten worden welke soort recidive als maat genomen dient te worden. De focus op recidive brengt met zich mee dat minder acht wordt geslagen op doeleinden die in het kader van de behandeling kunnen zijn gesteld.

In hoofdstuk 4 is een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie: socio-demografische kenmerken, gegevens over de behandelingsperiode in het kader van de terbeschikkingstelling en, vanzelfsprekend, criminaliteitsgegevens. Kennis van de criminaliteit die voorafgaat aan de oplegging van de maatregel is noodzakelijk voor een oordeel achteraf over de oplegging als zodanig. Criminaliteit tijdens en na de terbeschikkingstelling geeft indicaties over de effectiviteit van de maatregel. De beoordeling van tal van aspecten van het verloop van de maatregel - via de professionele beoordelaars en de voormalige terbeschikking gestelden - is in hoofdstuk 5 geanalyseerd. Met name de overeenkomsten en verschillen tussen de beoordelende disciplines zijn daarbij aan de orde gekomen. Zij hebben allerlei aspecten van de terbeschikkingstelling en van de behandeling geëvalueerd en uitspraken gedaan over toekomstverwachtingen. Het is mogelijk deze oordelen te koppelen aan de feitelijk geconstateerde criminaliteit. De beoordelaars waren niet op de hoogte van de eventueel opgetreden recidive (zie paragraaf 3.3.1.4). De vraag is nu in hoeverre de beoordelaars het in hun schatting bij het rechte eind hebben gehad. Dit is des te meer interessant omdat het een domein betreft waar de betrokken disciplines regelmatig mee te maken hebben. Een schatting van de kans op herhaling van delicten is voor hen een steeds terugkerend beoordelingsaspect waaraan belangrijke gevolgen verbonden zijn, zoals wel of geen verlof, wel of geen verlenging van de maatregel.

Behalve recidive is ook een ander criterium mogelijk, namelijk de wijze waarop een einde is gekomen aan de klinische behandelingsperiode: hebben de onderzochte terbeschikking gestelden met proefverlof de behandelingskliniek verlaten of zonder proefverlof nadat de rechter tegen het advies van de kliniek de maatregel niet heeft verlengd? Uit het follow-up onderzoek van de kliniek (Van Emmerik, 1982) bleek dat proefverlofgangers na beëindiging van de terbeschikkingstelling beter sociaal zijn geïntegreerd en minder recidiveren dan overgeplaatste oud-patiënten, met wie zij in dat onderzoek werden vergeleken (zie

ook paragraaf 1.6.2). In hoofdstuk 4 is gebleken dat de proefverlofgangers uit de onderzoekspopulatie in een aantal opzichten een gunstiger beeld vertonen dan de niet-proefverlofgangers, ook in de zin van minder recidive, met een geringere ernst. Uit deze bevindingen wordt de veronderstelling afgeleid dat het proefverlof een indicatie vormt voor de mate van succes van de intramurale behandeling en van de maatregel als zodanig. Behandelaars beschouwen het realiseren van proefverlof over het algemeen als het bereiken van een beoogde en vaak nog noodzakelijk geachte fase in het behandelingsproces: de geleidelijke overgang van een klinische naar een ambulante begeleiding. Indien proefverlof enigermate voorspeld zou kunnen worden is dat een belangrijk gegeven. Mutatis mutandis geldt dit voor de mate waarin voorspeld zou kunnen worden of er geen proefverlof tot stand komt en de maatregel contrair eindigt. Hieronder zal dan ook gezocht worden naar correlaties tussen in dit opzicht relevante beoordelingsaspecten en de wijze van vertrek.

Ook los van de evaluerende oordelen en predicties van de beoordelaars zijn verbanden te leggen tussen in het onderzoek beschikbare gegevens en de criteria recidive/geen recidive respectievelijk proefverlof/geen proefverlof. Het is interessant om na te gaan welke variabelen goede indicatoren of predictoren zijn voor het al dan niet plaatsvinden van recidive respectievelijk proefverlof. Is recidive of het uitblijven daarvan te voorspellen en zo ja, op grond van welke gegevens? Kunnen in dit verband ook uitspraken worden gedaan over de ernst van eventuele recidive? Welke factoren zijn mede bepalend voor het al dan niet bereiken van een proefverloffase?

Hieronder wordt van twee analyses verslag gedaan. De ene analyse betreft verbanden tussen voorspellende en andere oordelen van de beoordelaars en de werkelijke recidive, alsmede verbanden tussen oordelen van de beoordelaars en de wijze van vertrek. In de andere analyse is nagegaan of er variabelen zijn die recidive en de wijze van vertrek enigermate kunnen voorspellen.

## 6.2 Recidive als criterium nader beschouwd

Recidive als zodanig is een grove maat, want het betreft alle (in processen-verbaal) geregistreerde nieuwe misdrijven ongeacht de afdoening. Met de beperking tot misdrijven wordt al bepaald dat overtredingen buiten beschouwing blijven. Binnen het algemene recidive-criterium is differentiatie aan te brengen naar recidive-niveaus die indicaties geven voor de ernst van de recidive. De ernst van de recidive is op een aantal manieren zichtbaar te maken. In dit verband zijn in paragraaf 4.6.4 reactie- en zwaarte-criteria gebruikt, die als volgt als *dichotome criteria* zijn in te delen.

Voor de niveaus van de *reactie-criteria*:

- geen of wel veroordeling wegens misdrijf
- geen of wel veroordeling tot onvoorwaardelijke vrijheidsstraf en/of terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging
- geen of wel veroordeling tot onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van tenminste zes maanden en/of een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging

Voor de niveaus van de *zwaarte-criteria*:

- niveaus 1 vs. 2-4: geen of wel recidive (REC)
- niveaus 1-2 vs. 3-4: geen/lichte of (zeer) ernstige recidive (REC1)
- niveaus 1-3 vs. 4 : geen/lichte/ernstige of zeer ernstige recidive (REC2)

## 6.3 Voorspellingen door de beoordelaars en andere verbanden

### 6.3.1 Het gebruikte analyse-model verklaard

Bij de beoordelaarsvariabelen met betrekking tot vooruitzichten na de terbeschikkingstelling en evaluerende oordelen is sprake van een ordinaal meetniveau (zo loopt bijvoorbeeld de schatting van de kans op recidive van zeer hoog tot zeer laag). Er kunnen twee onafhankelijke groepen worden onderscheiden, welke als criteria in aanmerking komen, namelijk oud-patiënten die met of zonder proefverlof de kliniek hebben verlaten respectievelijk oud-patiënten die wel of niet hebben gerecidiveerd. In dit geval kan dan de *Mann-Whitney U toets* gebruikt worden om significante verbanden op het spoor te komen tussen het oordeel van een discipline en een van beide criteria. In hoeverre zijn bijvoorbeeld de rechters bij het geven van hun prognoses in staat geweest een significant onderscheid te maken tussen recidivisten en niet-recidivisten?

In de tabellen 6.1 tot en met 6.4 zijn de resultaten van de Mann-Whitney U toetsen samengevat. Als criteria zijn de wijze van vertrek respectievelijk verschillende recidivematen gebruikt. Met '+' is een significant verband aangegeven, met '-' het ontbreken van een significant verband. De afkortingen 're.', 'adv.', 'ged.' en 'beh.' staan voor respectievelijk 'rechters', 'advocaten', 'gedragsdeskundigen' en 'behandelaars'.

### 6.3.2 Verbanden tussen de beoordelingen en de wijze van vertrek

Uit de casusbeschrijving had iedere beoordelaar kunnen opmaken op welke wijze de patiënt destijds de kliniek had verlaten en hoe de terbeschikkingstelling uiteindelijk was beëindigd. Het had daarom geen zin een prognose te vragen over de wijze van vertrek. Wel kan een aantal evaluatie- en predictie-aspecten in verband worden gebracht met het criterium proefverlof.

**Tabel 6.1:** *Correlatie tussen de oordelen van de vier disciplines over een aantal aspecten en het al dan niet met proefverlof verlaten van de kliniek*

oordeel over	beoordelaars			
	re.	adv.	ged.	beh.
vorm einde tbr (PV/N-PV)	+	-	+	+
vooruitzichten bij vertrek	+	+	+	+
kans op recidive	+	+	+	+
ernst van recidive	-	-	-	-
ander gedrag vóór-na tbr	+	+	+	+
bijdrage behand. aan doel tbr	+	+	+	+
invloed onvrijwillig kader	+	+	+	+
waardering onvrijw. kader	+	-	-	+
verloop na vertrek	+	+	-	-
eindoordeel effect van tbr	+	+	+	+

Uit tabel 6.1 is af te leiden dat de vier disciplines bij het geven van een oordeel over verschillende evaluatie- en predictie-aspecten een significant verschil maken tussen de proefverlofgangers en de niet-proefverlofgangers. Zo zijn de rechters, de gedragsdeskun-

digen en de behandelaars het significant meer eens met de manier waarop bij de proefverlofgangers een einde kwam aan de klinische behandeling dan bij de niet-proefverlofgangers. De advocaten maken op eenzelfde manier een onderscheid tussen de proefverlofgangers en de niet-proefverlofgangers, maar dit verschil is niet significant. De kans op recidive schatten alle disciplines bij de proefverlofgangers significant lager dan bij de niet-proefverlofgangers. Bij het voorspellen van de ernst van eventuele recidive maken de beoordelaars wel een verschil ten gunste van proefverlofgangers maar dit verschil is niet significant. Het oordeel over de onderzochte proefverlofgangers is over de hele linie gunstiger dan over de niet-proefverlofgangers als uitspraken worden gedaan over de vooruitzichten en recidive-risico's na vertrek uit de kliniek en over effecten van de maatregel c.q. behandeling. De invloed van het onvrijwillige kader wordt door alle disciplines duidelijker aanwezig geacht bij de proefverlofgangers dan bij de niet-proefverlofgangers, maar alleen de rechters en de behandelaars waarderen dit verschil significant gunstiger. Het oordeel over het verloop na het vertrek uit de kliniek is over de proefverlofgangers ook gunstiger dan over de niet-proefverlofgangers; het oordeel van de rechters en de advocaten is hier significant, van de gedragsdeskundigen bijna significant. Het valt op dat de behandelaars op dit punt geen onderscheid maken tussen beide groepen. Overigens wordt hierbij aangetekend dat de informatie hieromtrent in de casusbeschrijvingen over het algemeen uitvoeriger kon zijn bij de proefverlofgangers dan bij de niet-proefverlofgangers, gezien het over het algemeen vrij abrupte vertrek van de niet-proefverlofgangers en het verlies van contact als gevolg daarvan.

Als de vijf proefverlofgangers wier maatregel contrair het advies van de kliniek werd beëindigd (zie de paragrafen 4.9 en 4.10), worden vergeleken met de conform beëindigde proefverlofgangers, dan valt ook bij de beoordelingen eenzelfde tendens waar te nemen zoals dat bij de achtergrond- en criminaliteitsgegevens werd geconstateerd. Ten aanzien van de bovengenoemde aspecten worden zij relatief vaker beoordeeld op de manier waarop de niet-proefverlofgangers worden beoordeeld.

### 6.3.3 De voorspelling van recidive

**Tabel 6.2:** *Correlaties tussen schatting van kans op recidive door beoordelaars en geregistreerde recidive na tbr*

recidive-criteria	beoordelaars			
	re.	adv.	ged.	beh.
recidive (REC)	-	-	+	-
ernstige recidive (REC1)	-	-	-	+
zeer ernstige recidive (REC2)	-	-	-	-
opnieuw veroordeeld	-	-	+	-
idem tot onv.gev.straf en/of tbs	-	-	+	+
idem tot onv.gev.straf >= 6 mnd. en/of tbs	-	-	-	-

Tabel 6.2 maakt het mogelijk de verschillende recidive-maten als criterium te bezien. De gedragsdeskundigen en de behandelaars blijken de kans op recidive goed aan te kunnen geven bij degenen die opnieuw zijn veroordeeld tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf en/of een terbeschikkingstelling. Het schatten van de ernst van eventuele recidive blijkt

niettemin moeilijk. Enerzijds blijkt dit uit het ontbreken van significante correlaties bij het zwaarte-criterium van zeer ernstige recidive en bij het reactie-criterium van veroordeling tot onvoorwaardelijke gevangenisstraf van tenminste zes maanden en/of een nieuwe terbeschikkingstelling. Alleen de behandelaars zitten met hun prognose op een goed spoor bij degenen die voldoen aan het zwaarte-criterium van ernstige delicten en de zwaardere reactie-criteria: zij geven bij hen een hoge recidive-kans aan. Dat de ernst van recidive moeilijk valt te voorspellen blijkt anderzijds ook uit de afwezigheid van significante correlaties als de expliciet gevraagde schatting van de ernst van eventuele recidive in verband wordt gebracht met de verschillende recidive-criteria. De laatst genoemde bevinding is niet in een tabel weergegeven.

### 6.3.4 Andere verbanden tussen beoordeelde aspecten en recidive-criteria

In deze paragraaf worden in tabelvorm de uitkomsten gegeven van het toetsen van een aantal beoordeelde aspecten met verschillende recidive-maten als onafhankelijke criteria.

**Tabel 6.3:** *Correlaties tussen oordelen van de vier disciplines en het recidive-criterium na tbr: geen of wel recidive*

oordeel over	beoordelaars			
	re.	adv.	ged.	beh.
inspanning van patiënt	-	-	-	+
vorm einde tbr (PV/N-PV)	-	-	-	-
vooruitzichten bij vertrek	-	-	-	-
ander gedrag vóór-na tbr	+	-	+	+
bijdrage behand. aan doel tbr	-	-	+	-
invloed onvrijwillig kader	-	-	+	-
waardering onvrijw. kader	+	-	-	-
verloop na vertrek	-	-	-	-
eindoordeel effect van tbr	-	-	-	-

Het gaat hier om de algemene recidive: tenminste één proces-verbaal wegens misdrijf. Alle disciplines zijn in staat onderscheid te maken tussen de niet-recidivisten en de recidivisten als zij het gedrag bij de beëindiging van de maatregel vergelijken met het gedrag bij de oplegging: meer gedragsverandering in gunstige zin bij de niet-recidivisten. Dit onderscheid is bij alle beoordelaars significant met uitzondering van de advocaten. De behandelaars hebben meer inspanning waargenomen bij degenen die geen recidive blijken gepleegd te hebben. Meer bijdrage van de behandeling aan het bereiken van het doel van de terbeschikkingstelling en meer invloed van het onvrijwillige kader hebben de gedragsdeskundigen gezien bij de niet-recidivisten. De invloed van het onvrijwillige kader is door de rechters het gunstigst beoordeeld bij de niet-recidivisten. Over het effect van de maatregel oordelen de advocaten gunstiger ten aanzien van de niet-recidivisten dan ten aanzien van de recidivisten, zij het niet significant.

Als een ander criterium wordt gebruikt dat de scheidslijn tussen geen/lichte en ernstige recidive legt, maken alleen de rechters en de gedragsdeskundigen een onderscheid bij het oordeel over de inspanning van de patiënt respectievelijk de invloed van het

onvrijwillige kader. Dit onderscheid is echter niet significant. Als het criterium met de tweedeling tussen geen/lichte/ernstige en zeer ernstige recidive wordt gebruikt, blijkt geen enkel significant verband aantoonbaar. Beide laatste bevindingen zijn niet in een tabel weergegeven.

**Tabel 6.4:** *Correlaties tussen oordelen van de vier disciplines en twee reactie-criteria op recidive na tbr*

oordeel over	nieuwe veroordeling				veroordeling tot ov. gev.straf/tbs			
	beoordelaars re. adv. ged. beh.				beoordelaars re. adv. ged. beh.			
inspanning patiënt	-	-	-	-	+	-	-	-
vorm einde tbr (PV/N-PV)	-	+	-	-	-	-	+	-
vooruitzichten bij vertrek	-	-	+	-	-	+	-	-
ander gedrag vóór-na tbr	+	-	+	+	-	-	-	-
bijdrage behand. aan doel tbr	-	+	+	-	-	-	+	+
invloed onvrijwillig kader	-	-	+	-	-	-	+	-
waardering onvrijw. kader	+	-	-	-	-	-	-	-
verloop na vertrek	-	-	-	-	-	-	-	-
eindoordeel effect van tbr	-	-	+	-	+	-	-	-

Uit tabel 6.4 blijkt dat het recidive-criterium van een nieuwe veroordeling na het einde van de maatregel bij verschillende aspecten significante verbanden oplevert. Alle beoordelaars - de advocaten echter niet significant - zien een gunstiger gedragsverandering voor niet-veroordeelden dan voor de wel veroordeelden. Ook menen alle beoordelaars - maar de rechters en de behandelaars niet significant - dat de behandeling aan het bereiken van het doel van de maatregel meer heeft bijgedragen bij de niet-veroordeelden dan bij de veroordeelden.

Met het criterium van een nieuwe veroordeling tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf en/of een nieuwe terbeschikkingstelling blijken alle beoordelaars van mening - de rechters en de advocaten evenwel niet significant - dat de bijdrage van de behandeling het grootst is geweest bij degenen die niet tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn veroordeeld. Alle beoordelaars - alleen de gedragsdeskundigen significant - zijn het bij degenen die tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zijn veroordeeld minder eens met de vorm van einde aan de klinische behandeling dan bij degenen die niet aan dit criterium voldoen. De vooruitzichten bij vertrek worden gunstiger ingeschat - door de advocaten zelfs significant - bij degenen die niet zijn veroordeeld tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.

Met betrekking tot het zwaarste reactie-criterium blijken alleen de rechters bij de aspecten 'inspanning van de patiënt' en 'eindoordeel over de maatregel' een significant verschil te maken tussen degenen die wel of niet aan dit criterium voldoen. Dit gegeven is niet in een tabel weergegeven.



## 6.4 Voorspellingsmodellen met logistische regressie

### 6.4.1 De keuze van de methode van logistische regressie

In een voorspellingsmodel wordt uitgegaan van onafhankelijke variabelen als predictoren en afhankelijke variabelen als criteria. De bedoeling van een voorspellingsmodel is het vinden van een predictorsset die subjecten zo goed mogelijk indeelt op criteriumniveau en zoveel mogelijk variantie verklaart. Om op grond van onafhankelijke variabelen te voorspellen of een gebeurtenis zich wel of niet zal voordoen, kan een aantal multivariate statistische technieken worden gebruikt. In casu gaat het om het al dan niet vóórkomen van (een bepaalde vorm van) recidive respectievelijk het vertrek uit de kliniek met of zonder proefverlof. De variabelen waarvan de bruikbaarheid als predictoren onderzocht zal worden, hebben verschillende meetniveaus: nominaal (bijvoorbeeld al dan geen criminele en sociale problematiek bij ouders), ordinaal (bijvoorbeeld mate van deelname aan arbeidstraining in kliniek) en interval/ratio-niveau (bijvoorbeeld leeftijd bij vertrek uit kliniek). Er is steeds sprake van een dichotoom of gedichotomiseerd criterium: bijvoorbeeld geen of wel een proces-verbaal wegens misdrijf respectievelijk geen of wel een veroordeling tot onvoorwaardelijke vrijheidsstraf wegens misdrijf. Gezien de aard van de meetniveaus en de criteria komt dan het model van logistische regressie in aanmerking. Lineaire discriminant analyse kan niet worden toegepast vanwege de eis dat de predictoren minstens op interval-niveau moeten zijn gemeten. Regressie en multiple regressie analyse kunnen niet gebruikt worden omdat niet voldaan wordt aan de eis dat zowel predictoren als criteria minstens op interval-niveau zijn gemeten. Voor logistische regressie zijn minder voorwaarden vereist dan voor andere multivariate technieken maar kan niettemin betrouwbare uitkomsten geven (Norusis, 1990a).

Kern van de methode van logistische regressie, toegepast in het onderhavige onderzoek, is het zoeken naar een model waarin - liefst zo min mogelijk - variabelen in staat blijken 'recidive' (volgens de een of andere maat) respectievelijk 'proefverlof' te voorspellen. Als de statistische waarden van de krachtigste voorspellende variabelen bekend zijn, kan per individu de kans worden berekend of 'recidive' respectievelijk 'proefverlof' zich zal voordoen.

Bij logistische regressie gaat het om het vinden van een predictorsset waarmee bereikt wordt dat het aantal voorspelde recidives of proefverloven, terwijl in werkelijkheid geen recidive of proefverlof is voorgekomen, zo klein mogelijk is en dat het aantal voorspelde recidives of proefverloven dat in werkelijkheid ook als zodanig is geregistreerd, zo groot mogelijk is. Het model presenteert drie percentages voor de kans op goede voorspellingen: één voor 'geen recidive' respectievelijk 'geen proefverlof' één voor 'wel recidive' respectievelijk 'wel proefverlof' en één voor beiden samen.

Uit het totaal van onafhankelijke variabelen met betrekking tot de periode vóór en tijdens de terbeschikkingstelling is op empirische wijze een aantal variabelen geselecteerd. Selectie vond plaats op grond van een hoge correlatie met het criterium recidive als afhankelijke variabele. Verondersteld mocht worden dat de geselecteerde variabelen als predictor bruikbaar zouden kunnen zijn. Het is uiteraard afhankelijk van de aard van een dataverzameling welke variabelen naar voren komen. In het algemeen zal op grond van kennis, interesse en vermoedens de predictorsset worden samengesteld.

Met betrekking tot de verzameling *predictoren* is uitgegaan van drie niveaus:

- *predictoren* afkomstig uit de periode vóór de opname in de kliniek;
- *predictoren* afkomstig uit de periode vóór en tijdens de opname in de kliniek;
- *predictoren* afkomstig uit de periode vóór en tijdens de opname in de kliniek vermeerderd met variabelen afkomstig uit de beoordelaarsgegevens.

Met betrekking tot *predictoren* uit de periodes vóór en tijdens de terbeschikkingstelling vermeerderd met beoordelaarsvariabelen bleek alleen de beoordelaarsvariabele 'oordeel van behandelaars over verandering van gedrag vóór en na de tbr' aan de twee toelatingscriteria te voldoen, namelijk dat zowel over alle veertig casus een gegeven als een hoge correlatie met het criterium aanwezig zijn. Voorspelling met deze *predictoren* leverde bij geen enkele combinatie een nieuw model op. De combinatie met deze variabelen wordt daarom bij de bespreking van de resultaten van de logistische regressie analyse buiten beschouwing gelaten. In de voorafgaande paragrafen 6.3 en volgende is een aantal voorspellende beoordelaarsvariabelen wel met behulp van een andere statistische techniek in verband gebracht met verschillende recidive-criteria.

Het is uiteraard mogelijk behalve recidive en proefverlof nog andere criteria te gebruiken. Te denken is bijvoorbeeld aan het wel of niet vóórkomen van speciale of specifieke recidive of aan het al dan niet recidiveren met seksueel-agressieve delicten. Het is weinig zinvol om voor allerlei criteria uitputtend modellen te berekenen en te beschrijven. Op deze plaats gaat het om een uiteenzetting van de methodiek die tot een voorspellingsmodel leidt. Daarom is gekozen voor voorbeeldbeschrijvingen aan de hand van de criteriumvariabelen proefverlof en recidive. Binnen het criterium recidive kunnen uiteraard verschillende niveaus worden gebruikt, zoals 'geen veroordeling tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf' versus 'wel veroordeeld tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf'. Hieronder wordt eerst een voorbeeldmodel beschreven met proefverlof als criterium. Vervolgens worden modellen met recidive-criteria geanalyseerd, eerst met de reactie-criteria en tenslotte met de zwaarte-criteria.

#### 6.4.2 Logistische regressie met proefverlof als criterium

Indien uitgegaan wordt van twee mogelijkheden waarop ter beschikking gestelden uit de behandelingskliniek vertrekken, zoals in de onderhavige populatie met proefverlof of zonder proefverlof nadat de rechter de maatregel heeft beëindigd, dan is de kans voor beide varianten 50%. In de gegeven populatie zijn er immers 20 proefverlofgangers en 20 niet-proefverlofgangers. Uit de recidive-onderzoeken van Van Emmerik is bekend dat uit de door hem onderzochte populaties 64% respectievelijk 55% met proefverlof de behandelingsklinieken verliet; de percentages voor de contraire beëindigingen uit de klinieken waren 20% respectievelijk 35% (zie paragraaf 2.8.1).

Of een ter beschikking gestelde uit de onderhavige populatie al dan niet met proefverlof de kliniek zal verlaten is juist te voorspellen met een kans van 75% met de volgende *predictoren* uit de periode vóór de oplegging van de maatregel:

- *aantal processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de tbr;*
- *aantal vonnissen vóór de tbr;*
- *aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*
- *aantal voorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*
- *aantal boetes vóór de tbr;*

-- *leeftijd ten tijde van de oplegging van de tbr.*

Als variabelen uit de periodes vóór en tijdens de terbeschikkingstelling worden ingevoerd, is een juiste voorspelling te bereiken van 97.50% met de volgende variabelen:

-- *aantal processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de tbr;*

-- *frequentie van langdurige ongeoorloofde afwezigheid (via ontvluchting uit het gebouw ontstaan);*

-- *begeleiding door de reclassering ten tijde van het vertrek uit de kliniek;*

-- *intensiteit van sociale contacten ten tijde van vertrek uit de kliniek.*

Dit betekent dat de kans op proefverlof groter is naar mate er minder processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de terbeschikkingstelling zijn opgemaakt, naar mate er minder ontvluchtingen uit de kliniek (met een langdurige afwezigheid) zijn geweest, naar mate er sprake was van contact met de reclassering en van redelijk intensieve sociale contacten buiten de kliniek ten tijde van het verlaten van de kliniek.

#### 6.4.3 Logistische regressie met de reactie-criteria

In het onderhavige onderzoek ligt de kans dat recidive in de zin van tenminste één proces-verbaal - ongeacht de afdoening - zal optreden, ook zonder dat ook maar één variabele als predictor is ingevoerd, op 77.50%. Dit percentage wordt het kansniveau genoemd en is gebaseerd op de 9 niet-recidivisten en 31 recidivisten in de onderzochte populatie. Wordt een ander recidive-criterium ingevoerd, dan verandert het kansniveau uiteraard. Evenzo zullen recidive-gegevens uit een andere (en anders samengestelde) populatie een andere verhouding van niet-recidivisten tot recidivisten en diensengevolge een ander kansniveau opleveren. Ter illustratie worden in dit verband de algemene recidive-percentages uit de onderzoeken van Van Emmerik genoemd: 63% en 64%.

Uitgaande van de beschikbare onafhankelijke variabelen als predictoren is ten aanzien van de onderzochte ter beschikking gestelden een redelijke voorspelling te doen of zij al dan niet zullen recidiveren, uitgedrukt in de vorm van tenminste één proces-verbaal wegens misdrijf. Met de volgende variabelen uit de periode vóór de terbeschikkingstelling blijkt een voorspelling mogelijk met een waarschijnlijkheid van 92.50%, hetgeen 15% hoger ligt dan het kansniveau:

-- *criminele en sociale problematiek bij ouders;*

-- *aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*

-- *aantal voorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*

-- *opleggingsdelict voor de tbr.*

Met enkele variabelen uit de periodes vóór en tijdens de terbeschikkingstelling kan eveneens met een waarschijnlijkheidskans van 92.50% wel of geen recidive worden voorspeld. Het zijn:

-- *aantal voorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*

-- *mate van deelname aan arbeidstraining in de kliniek.*

Dit model is weinig interessant omdat er geen differentiatie plaatsvindt: het gaat hier om een algemene recidive-voorspelling van een misdrijf. Over de ernst van de recidive is hiermee nog niets gezegd. Een indicatie voor ernst wordt bijvoorbeeld gevormd door het feit dat de betrokkene opnieuw wordt veroordeeld.

Als uitgegaan wordt van het criterium van een nieuwe veroordeling, is een goede voorspelling op kansniveau 67.50% (27 van de 40 zijn opnieuw veroordeeld). Van

Emmerik trof bij zijn populaties percentages aan van 51% respectievelijk 50%. Voor de onderhavige onderzoekspopulatie wordt een redelijk model gevonden dat 12.50% hoger ligt dan het kansniveau met dezelfde predictoren die hierboven naar voren zijn gekomen bij het criterium 'geen of wel recidive', maar nu uitgebreid met de variabele:

-- *aantal processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de tbr.*

Dit wil zeggen dat criminele en sociale problematiek bij de ouders, veel voorwaardelijke en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de terbeschikkingstelling, een vermogensdelict als opleggingsdelict, maar ook veel processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de oplegging van de maatregel een hoge kans geven op een nieuwe veroordeling wegens misdrijf.

Worden variabelen uit de periode tijdens de terbeschikkingstelling toegevoegd, dan is geen goed passend voorspellingsmodel te vinden.

Van nog meer belang is te kunnen voorspellen of iemand opnieuw tot een vrijheidsstraf wordt veroordeeld: een nog sterkere indicatie voor de ernst van recidive. Met het zwaardere criterium van een nieuwe veroordeling tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf en/of een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging ligt het kansniveau van een goede voorspelling op 60%.

Met de volgende predictoren wordt in 75% van de onderhavige gevallen juist voorspeld dat zich deze vorm van recidive voordoet. Van 10 personen van de in totaal 16 wordt dan goed voorspeld dat zij in deze categorie terechtkomen:

-- *aantal processen-verbaal wegens agressieve delicten vóór de tbr;*

-- *aantal vonnissen vóór de tbr;*

-- *aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*

-- *aantal voorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr;*

-- *opleggingsdelict voor de tbr.*

Met betrekking tot variabelen uit de periodes vóór en tijdens de terbeschikkingstelling is een goede voorspellingskans van 95% te bereiken. Van 15 personen van de in totaal 16 wordt goed voorspeld dat zij opnieuw veroordeeld worden tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf en/of een terbeschikkingstelling krijgen opgelegd. Het gaat om de volgende variabelen:

-- *opleggingsdelict voor de tbr;*

-- *totale duur van de tbr in dagen;*

-- *x-maanden na opnemng buitenwerk;*

-- *familie- of gezinsbehandeling;*

-- *x-maanden na opnemng eerste begeleide verlof;*

-- *intensiteit van sociale contacten bij vertrek uit de kliniek.*

De meest belangwekkende recidive-categorie betreft die van een nieuwe veroordeling tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf van tenminste zes maanden en/of een nieuwe terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging. Het is de categorie waarin de meest ernstige vormen van recidive te vinden zijn. Met dit zwaarste criterium wordt a priori 75% juist voorspeld (30 van de 40 vallen niet in deze categorie).

Met geen enkele methode bereikt het rekenprogramma ten aanzien van de onderhavige populatie met de ingevoerde variabelen uit de periode vóór de terbeschikkingstelling een passend model.

Worden er variabelen uit de periode tijdens de terbeschikkingstelling bij betrokken, dan stijgt de voorspellingskans tot 85% met de predictor:

-- *x-maanden na opnemings eerste begeleidde verlof.*

Op deze wijze worden wel alle personen die niet in deze categorie vallen goed voorspeld, maar slechts 30% van degenen die in de zwaarste categorie vallen. De waardering van dit model hangt af van hetgeen het belangrijkste wordt gevonden: voorspellen of iemand niet in de zwaarste categorie van recidive terecht komt of juist wel.

#### 6.4.4 Logistische regressie met de zwaarte-criteria

Uitgaande van de bevinding dat 21 van de onderzochte personen niet of met een licht misdrijf hebben gerecidiveerd en 19 personen met een ernstig of zeer ernstig misdrijf (zwaarte-criterium REC1, zie paragraaf 6.2), geldt een juiste voorspelling van 52.50% als geen enkele variabele wordt ingevoerd. Met een aantal variabelen uit de periode vóór de terbeschikkingstelling blijkt een voorspelling mogelijk met een waarschijnlijkheid van 80%, hetgeen 37.50% hoger ligt dan het kansniveau:

-- *criminele en sociale problematiek bij ouders;*

-- *leeftijd bij eerste politiecontact;*

-- *aantal vonnissen vóór de tbr;*

-- *aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de tbr.*

Criminele en sociale problematiek bij de ouders, eerste politiecontact op jeugdige leeftijd, veel vonnissen vóór de terbeschikkingstelling en veel onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen vóór de terbeschikkingstelling betekenen een grote kans op een proces-verbaal wegens een ernstig of zeer ernstig misdrijf nadat de maatregel is beëindigd.

Met variabelen uit de periodes vóór en tijdens de terbeschikkingstelling wordt geen goed voorspellingsmodel gevonden.

Met betrekking tot het voorspellen van de meest ernstige recidive volgens het zwaarte-criterium tenslotte wordt het volgende opgemerkt. Uit de recidive-gegevens van de onderzoekspopulatie is bekend dat 34 personen niet hebben gerecidiveerd of wel met een licht dan wel ernstig misdrijf en zes met een zeer ernstig misdrijf (zwaarte-criterium), hetgeen a priori een juiste voorspelling oplevert van 85%. Analyses met variabelen zowel uit de periode vóór als tijdens de terbeschikkingstelling leveren geen aanvaardbare voorspellingsmodellen op.



### 7.1 Inleiding

Het doel van de onderhavige studie is geweest te pogen een bijdrage te leveren tot het vergroten van inzicht in het functioneren van de terbeschikkingstelling. Als probleem is daarbij signaleerd dat een verantwoorde evaluatie-methodiek ontbreekt waarmee de terbeschikkingstelling systematisch kan worden geëvalueerd. Door middel van empirisch onderzoek is getracht een dergelijke evaluatie-methodiek te construeren. Uit praktische overwegingen is gekozen voor een evaluatiemodel met een retrospectieve opzet.

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken uit de analyse van de onderzoeksgegevens. In hoeverre is het mogelijk gebleken de in hoofdstuk 1 opgeworpen onderzoeksvragen te beantwoorden? Hoe zijn de toepaste procedures en instrumenten te waarderen? Welke conclusies kunnen worden getrokken uit de evaluatie van de onderzochte terbeschikkingstellingen? Tenslotte wordt de methode van onderzoek aan een beschouwing onderworpen.

Mede op grond van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan voor evaluatiemodellen alsmede andere aanbevelingen die het doel hebben procedures en werkwijzen bij de terbeschikkingstelling te verbeteren.

### 7.2 De beschrijving van het verloop van de terbeschikkingstelling

#### 7.2.1 De bruikbaarheid van de casusbeschrijvingen

De retrospectieve opzet en de afwezigheid van direct bruikbaar evaluatiemateriaal in de dossiers brachten met zich mee dat aan de hand van kliniekdossiers allereerst een beschrijving moest worden gemaakt van de toepassing en uitvoering van de desbetreffende terbeschikkingstellingen. De veertig descripties vormden derhalve een belangrijke onderzoeksinstrument, omdat op basis daarvan evaluatieve oordelen van derden zouden worden verzameld.

In de eerste plaats wordt geconcludeerd dat het goed mogelijk was achteraf beknopte geanonimiseerde casusbeschrijvingen te maken van de onderzochte terbeschikkingstellingen, hoewel zij gebaseerd werden op een beperkt aantal bronnen. In de tweede plaats bleek het via de casusbeschrijvingen mogelijk beoordelingen achteraf te genereren. Alle twintig participerende beoordelaars bleken na lezing van de descripties ieder in staat te zijn acht vragenlijsten in te vullen. Uit de manier waarop zij dat hebben gedaan blijkt dat zij consciëntieus te werk zijn gegaan. Het feit dat de beschrijvingen sterk gecomprimeerd waren - een leven vol problemen, hulpverlening en justitieel ingrijpen samengevat in ongeveer tien pagina's tekst - en noodgedwongen moest worden afgezien van detaillering, vormde kennelijk geen belemmering voor de beoordeling.

## 7.2.2 De casusbeschrijving als onderzoeksinstrument

Hoe is nu de samenstelling en het gebruik van de gevalsbeschrijvingen te evalueren? De vraag kan benaderd worden vanuit twee gezichtspunten: enerzijds vanuit de ervaringen van de onderzoeker en anderzijds vanuit de ervaringen van de vier beoordelaarsgroepen.

Vanuit het *standpunt van de onderzoeker* is in hoofdstuk 3 beschreven hoe de samenstelling van de descripties tot stand is gekomen. Door middel van een aantal procedures is een zo groot mogelijke mate van consistentie en betrouwbaarheid nastreefd: de descripties werden gebaseerd op volgens een bepaalde structuur opgebouwde kerndocumenten, volgens een vast schema samengesteld en zij werden door een niet bij de casus betrokken buitenstaander gecontroleerd. Dit bleek een goed toepasbare werkwijze.

Ook vanuit het *gezichtspunt van de beoordelaars* blijken de descripties te hebben voldaan. Zij hebben zich expliciet uitgesproken over de kwaliteit van de samenvattende beschrijvingen als informatiedragers. Over het algemeen hebben zij voldoende gehad aan de informatie om zich een oordeel te vormen over verschillende aspecten. Sommige beoordelaars wensten over bepaalde gebeurtenissen of aspecten meer informatie. De wensen waren wat dit betreft over de disciplines verdeeld. Verhoudingsgewijs wilden de juridisch geschoolden soms meer over procedurele kanten weten, terwijl de gedragskundig georiënteerden meer informatie over behandelingsaspecten wensten. Op het punt van de beschrijving van de omstandigheden rond de oplegging van de maatregel bijvoorbeeld viel de opvatting van de advocaten op. In de eerste plaats waren zij het minst eens met de oplegging en in de tweede plaats vonden zij meer dan de overige beoordelaars dat de informatie hierover matig was geweest. Bij sommige casus werd gevraagd naar meer informatie over het delictpatroon, het opleggingsdelict en de procedure die tot de terbeschikkingstelling had geleid. Ten aanzien van de behandelingsperiode kwam de opmerking nog al eens voor dat de behandelingsdoelen niet duidelijk geëxpliciteerd terug te vinden waren in de beschrijving of dat meer informatie over de behandelingsactiviteiten op prijs werd gesteld. Enkele beoordelaars gaven te kennen dat zij bij hun oordeelsvorming over een persoon gewend zijn deze zelf ook te zien en te spreken. In de gekozen opzet was dit niet mogelijk. Voor hen was dit uiteindelijk geen belemmering de casus te beoordelen (afgezien van de in paragraaf 3.4.7 genoemde rechter die zich na enkele beoordelingen om die reden terugtrok).

De conclusie is gerechtvaardigd dat de casusbeschrijving als onderzoeksinstrument voldeed.

## 7.3 De beoordelingen door de vier disciplines

### 7.3.1 Conclusies uit de beoordelingen

Een belangrijke onderzoeksvraag was in hoeverre er in het oordeel achteraf over de onderzochte terbeschikkingstellingen overeenkomsten en verschillen bestaan tussen de beoordelende rechters, advocaten, gedragsdeskundigen en behandelaars. In de hoofdstukken 5 en 6 is gerapporteerd over de resultaten van de analyses waarbij de oordelen van de vier disciplines met elkaar werden vergeleken.

Uit de analyses wordt geconcludeerd dat de vier disciplines het eens zijn over een groot aantal aspecten, met name als het gaat om het handelen van de behandelingskliniek en



over meer algemene effecten van de maatregel en de behandeling. Over andere aspecten, met name over behandelingsaspecten in engere zin en over meer specifieke effecten van de maatregel en de behandeling zijn zij het op het individuele niveau niet eens. Het gemiddelde oordeel over de maatregel als zodanig, over de besluitvorming tijdens de tenuitvoerlegging en over de behandelingsinspanningen is overwegend positief. Over effecten van de maatregel en van de behandeling (vooruitzichten bij vertrek uit de kliniek, kans op recidive en de ernst van recidive) is het gemiddelde oordeel niet uitgesproken duidelijk: het beweegt zich tussen ongunstig en gunstig, tussen hoog en laag.

Als zij effecten van de onderzochte terbeschikkingstellingen evalueren, blijken de beoordelaars goed in staat te zijn onderscheid te maken tussen diegenen die met proefverlof de behandelingskliniek hadden verlaten en diegenen bij wie dat niet het geval was geweest. Zij oordelen gunstiger over de proefverlofgangers dan over de niet-proefverlofgangers. Worden recidive-criteria in verband gebracht met de beoordelingen dan blijken de gedragsdeskundigen en de behandelaars het best in staat de kans op recidive (in de zin van een nieuw proces-verbaal wegens misdrijf) te schatten. Tot op zekere hoogte kunnen zij ook de ernst van de recidive schatten, maar de 'nauwkeurigheid' neemt dan af. Praktisch alle beoordelaars blijken in staat bij niet-recidivisten gedragsveranderingen in gunstige zin waar te nemen, maar dit is minder het geval als het optreden van gedragsveranderingen wordt gerelateerd aan een zwaarder recidive-criterium. Bij degenen die niet opnieuw zijn veroordeeld (al dan niet tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf) oordelen de meeste beoordelaars dat de behandeling in behoorlijke mate heeft bijgedragen tot het doel van de maatregel.

In hoofdstuk 1 is een beschrijving gegeven van de plaats die beide kenmerkende aspecten van de terbeschikkingstelling, het beveiligings- en het behandelingsaspect, in de literatuur en in de praktijk innemen. Hieruit vloeide de hypothese voort dat bij de beoordeling van de casus accentverschillen tot uitdrukking zouden komen die zijn terug te voeren op deze twee elementen. Deze veronderstelling lijkt op grond van de resultaten van het onderhavige onderzoek niet houdbaar. Waar er verschillen zijn, treden deze niet op tussen de beoordelaars, maar lopen zij dwars door de disciplines: een casus wordt door de beoordelaar op een bepaald aspect gewaardeerd zonder dat dat oordeel is terug te voeren op een voor die beoordelaar typerende professionele visie. Enkele aspecten echter ondersteunen in lichte mate de strekking van de hypothese. Zo zijn er ten aanzien van de oplegging van de terbeschikkingstelling en de combinatie van vrijheidsstraf en maatregel en ook bij het beoordelen van andere aspecten duidelijke verschillen: de advocaten treden hier op in hun beroepsrol als verdediger. Bij andere aspecten waarover de beoordelaars van mening verschillen worden de accenten enigmatische in dezelfde richting gelegd, maar minder sterk. Ook de advocaten zijn het niet altijd oneens met een verlengingsadvies. De andere juridisch georiënteerde beoordelaars, de rechters, nemen een middenpositie in. De gedragsdeskundigen en de behandelaars komen beurtelings over het algemeen tot een hogere waardering bij besluitvormingsaspecten en bij specifieke behandelings- en effectaspecten. Maar ook bij de genoemde verschillen is niet aantoonbaar dat de rechters en de advocaten vanuit hun juridische optiek het accent meer leggen op het beveiligingsaspect en de gedragsdeskundigen en de behandelaars vanuit hun gedragskundige/therapeutische optiek meer op het behandelingsaspect.

### **7.3.2 De procedure met betrekking tot de beoordelingen**

Het selecteren en benaderen van de beoordelaars leverde geen problemen op. Het bleek mogelijk in korte tijd een gemêleerd samengesteld forum van professioneel betrokkenen bereid te vinden tijd te investeren in lezing en beoordeling van de casus.

De ontwikkeling en het gebruik van het onderzoeksinstrument waarmee de beoordelingen zijn verzameld, de vragenlijst, zijn in hoofdstuk 3 uiteengezet. Het gebruik van de vragenlijst kan als volgt worden geëvalueerd. Met opzet was een gestructureerde vragenlijst met gesloten antwoordschalen geconstrueerd. Daarnaast bestond de mogelijkheid door middel van open vragen in eigen formuleringen een toelichting te geven. In de data-analyse is prioriteit gegeven aan de gestructureerde antwoorden. De verscheidenheid van de open antwoorden maakte deze minder geschikt voor een diepgaande analyse. Omdat de meeste open antwoorden toelichtingen bevatten op gesloten vragen, leverden zij geen wezenlijk andere oordelen op dan de gesloten gestructureerde antwoorden. Van de formuleringen in eigen woorden werd wel gebruik gemaakt: enerzijds gaven zij een indruk worden van de motivering van de antwoorden en anderzijds boden zij de mogelijkheid illustraties op te nemen bij de weergave van de resultaten in hoofdstuk 5.

Gezien het exploratieve karakter van het onderzoek is ervan afgezien de betrouwbaarheid van de vragenlijsten nader te onderzoeken door deze bijvoorbeeld op andere populaties te beproeven. Wel kwam de definitieve vragenlijst pas tot stand na diverse proefcoderingen. Bij het gebruik is duidelijk geworden dat de formulering van sommige vragen voor verbetering vatbaar is of dat een andere schaalconstructie achteraf gezien wenselijk is. Zo leverde bijvoorbeeld de vraag over de vorm van beëindiging van de terbeschikkingstelling bij sommige beoordelaars verwarring op. Bedoeld was na te gaan of de beoordelaar het al dan niet eens was met de conforme dan wel contraire beëindiging. Sommige beoordelaars interpreteerden de vraag alsof een oordeel werd verwacht over de juridische vorm als zodanig. Met het oog op toetsing van de consistentie in de antwoorden waren enkele controle-vragen opgenomen. Sommige beoordelaars toonden zich hierover lichtelijk geïrriteerd. Waar sommigen opnieuw antwoorden formuleerden, volstonden anderen dan ook met een verwijzing naar voorgaande antwoorden.

De conclusie wordt getrokken dat de vragenlijst een essentiële functie vervulde en zodanig was geconstrueerd dat deze als vehikel kon fungeren voor het verwerven van de beoogde beoordelingen. De vragenlijst is dus een bruikbaar instrument gebleken.

## **7.4 De oordelen van de onderzochte oud-patiënten**

### **7.4.1 Conclusies uit de interviews**

Door middel van een interview met (een aantal) onderzochte oud-patiënten is getracht aanvullende beoordelingen te verkrijgen gebaseerd op hun eigen beleving. Hoe kijken zij nu terug op de periode van de terbeschikkingstelling en in hoeverre wijkt hun oordeel af van dat van andere beoordelaars?

De achttien geïnterviewden blijken gelijkelijk over proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers verdeeld te zijn terwijl de criminaliteit van de geïnterviewden en niet-geïnterviewden niet veel van elkaar afwijkt. De geïnterviewde proefverlofgangers oordelen in een aantal opzichten positiever over de terbeschikkingstelling dan de niet-

proefverlofgangers. Zo uiten zij zich in gunstiger zin over het onvrijwillige en gestructureerde kader dan de niet-proefverlofgangers. Ook geven zij vaker aan veranderd te zijn bij de vergelijking van de periode vóór met die na de maatregel. Zowel proefverlofgangers als niet-proefverlofgangers zeggen over het algemeen tevreden te zijn met hun huidige situatie.

De geïnterviewde oud-patiënten blijken heel goed in staat te zijn terug te blikken en doen dit veelal op een evenwichtige wijze. Bij soortgelijk onderzoek onder cliënten/patiënten is het altijd de vraag hoe de respondenten zich verhouden tot de niet-respondenten. Bij de niet-respondenten zullen ongetwijfeld personen zijn die in het geheel niet meer aan de terbeschikkingstelling wilden worden herinnerd. De motivatie van de geïnterviewden in het onderzoek te willen participeren betekent niet dat zij alleen maar positieve herinneringen hebben: bijna de helft denkt met gemengde gevoelens aan die periode terug, enkelen zijn overwegend negatief, terwijl een derde overwegend positieve herinneringen heeft. In elk geval gaan de geïnterviewden kritiek niet uit de weg.

In de gegeven opzet blijkt het moeilijk na te gaan of het oordeel van de geïnterviewden afwijkt van dat van de beoordelaars uit de vier disciplines. De beide vragenlijsten waren niet zo ontworpen dat zij zonder meer naast elkaar gelegd konden worden. Uit een desondanks uitgevoerde analyse van beide oordelen te zamen kan onder andere worden afgeleid dat de oud-patiënten de bedoeling van de staf van de kliniek minder duidelijk vonden dan de andere beoordelaars. Over twee aspecten oordelen de geïnterviewde oud-patiënten het meest gunstig: het verloop na het vertrek uit de kliniek is redelijk tot gunstig geweest en het gedrag vergeleken vóór en na de maatregel is duidelijk verbeterd. De oud-patiënten en de gedragsdeskundigen oordelen het meest gunstig over het uiteindelijke effect van de maatregel. De advocaten en de oud-patiënten zijn het minder eens met toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen tijdens de behandeling dan de overigen, terwijl zij de bemoeienis van de reclassering redelijk vinden in tegenstelling tot de overigen die daar gunstig over oordelen.

Uit de interviewgegevens wordt de voorzichtige conclusie getrokken dat de oud-patiënten een middenpositie innemen met betrekking tot het beveiligings- en het behandelingsaspect van de maatregel. De noodzaak tot behandeling onderschrijven zij veelal, maar zij zijn het niet altijd eens met de beveiligende structuur. De in het eerste hoofdstuk gestelde hypothese kan derhalve worden geaccepteerd.

#### **7.4.2 De procedure met betrekking tot het interview**

Bij het achterhalen van de adressen van de oud-patiënten via verschillende bevolkingsregisters en bij de feitelijke benadering werd de nodige zorgvuldigheid betracht, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Er zijn geen aanwijzingen dat er schade is ontstaan door het contact met de voormalige ter beschikking gestelden.

Wat geldt voor de vragenlijst ten behoeve van de beoordelaars geldt mutatis mutandis voor de vragenlijst ten behoeve van het interview met de oud-patiënten. Ook deze vragenlijst werd niet op andere populaties beproefd, maar twee proefinterviews leidden tot verbeteringen. In de praktijk bleek de vragenlijst (te) lang te zijn. In een poging zoveel mogelijk gegevens te verzamelen werd naar details gevraagd die achteraf gezien minder relevant bleken te zijn en ook niet die respons opleverden die was verwacht. Bij één serie vragen daarentegen bleek de respons de verwachting te overtreffen. Het waren de vragen

naar de rol die de verschillende behandelsactiviteiten naar de mening van de oud-patiënten hadden gespeeld.

Ook ten aanzien de vragenlijst voor het interview wordt geconcludeerd dat deze aan de verwachting voldeed en derhalve een bruikbaar instrument is gebleken om oordelen van voormalige ter beschikking gestelden te verkrijgen.

#### **7.4.3 Het interview met de oud-patiënten nader beschouwd**

Evenals in het follow-up onderzoek van de kliniek (Van Emmerik, 1982) en dat van Hoeve Boschoord (Ten Wolde, 1990) is ook in het onderhavige onderzoek aangetoond dat het mogelijk is voormalige delinquenten c.q. ter beschikking gestelden zelf in een onderzoeksoptzet te betrekken. Een redelijk aantal blijkt - ondanks soms gemengde gevoelens - zeer wel bereid medewerking te verlenen.

Het aantal gerealiseerde interviews bleef met achttien (46%) beneden de verwachting. Dit betekent dat de interpretatie van de uitkomsten met enig voorbehoud moet geschieden. Het maximale aantal was uiteraard geen reële verwachting. Gehoopt was op circa vijftientig van de maximaal negenendertig potentiële interviews (één oud-patiënt bleek te zijn overleden). Deze verwachting was mede gebaseerd op de beide bovengenoemde studies: Van Emmerik had een respons van circa 50% en Ten Wolde van 80%. Weliswaar zijn met meer oud-patiënten schriftelijke of telefonische contacten geweest of is over hen indirect informatie bekend geworden, maar dit leidde niet tot meer interviews. Een reden voor de praktische moeilijkheid om met de oud-patiënten contact te krijgen kan gelegen zijn in het feit dat de kliniek in de onderzochte periode niet systematisch de mogelijkheid van latere follow-up-gesprekken met de betrokkenen aan de orde had gesteld. De vanzelfsprekendheid om na de behandeling oud-patiënten over hun ervaringen te horen, in aansluiting op de intensieve contacten tijdens de behandeling, ontbrak dus. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de interviewopzet die Janssen & Kaasenbrood (1989) met eveneens onder dwang opgenomen patiënten hanteerden: een eerste interview kort na de opname en vervolgonderzoek op later tijdstip. Ter verklaring kan hier nog genoemd worden dat de kliniek het beleid voert contacten met de voormalige patiënten niet aan te houden, maar over te dragen aan de reclassering of aan andere hulpverleningsinstanties. De hoge respons in het onderzoek van Hoeve Boschoord kan wellicht mede verklaard worden uit de andere geaardheid van die populatie en een andersoortig contact van die inrichting met de overwegend minderbegaafde verpleegden.

Uit de beschreven opzet en uitvoering van de interviews lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de gekozen werkwijze zorgvuldig is geweest. Deze werkwijze vertoonde overeenkomst met de criteria die Schagen (1979, p.80-81) ontwikkelde voor het benaderen van oud-cliënten/-patiënten: a) blanco enveloppe, b) naar een bij de onderzoeker bekend adres, c) met een zakelijk verzoek om medewerking aan een wetenschappelijk onderzoek, d) geschreven en ondertekend door de onderzoeker. Uit de reacties van oud-patiënten met wie contact had plaatsgevonden, is niet gebleken van nadelige effecten van de benadering. Van een kwart van de onderzoekspopulatie bleef onbekend of de benaderingsbrief hen had bereikt en hoe die was overgekomen.

In sommige gevallen bleek het interview zelfs een positief effect te hebben in het contact van de oud-patiënt met zijn relaties. Doordat in het gesprek het verleden aan de orde kwam, bleek in enkele gevallen de partner de achtergronden van de geïnterviewde beter te gaan begrijpen. Bij enkele interviews was de partner ondersteunend aanwezig.

## 7.5 De evaluatie van de onderzochte terbeschikkingstellingen

### 7.5.1 Is bij de onderzochte gevallen vast te stellen welke doelen zijn gesteld en door wie?

Als de terbeschikkingstelling wordt gezien vanuit programma-evaluatief oogpunt is de vaststelling van doeleinden van het programma 'terbeschikkingstelling' een essentieel onderdeel. Het kan worden onderscheiden in een macro-, meso- en microniveau. Het *macro-niveau* betreft de terbeschikkingstelling als een van de sancties uit het Wetboek van Strafrecht, die door de strafrechter kan worden toegepast. Ook de jurisprudentie en de discussie in de literatuur kunnen tot dit niveau worden gerekend. De tenuitvoerlegging bevindt zich op het *meso-niveau* en is in handen gelegd van het ministerie van Justitie voor wat betreft het scheppen van de noodzakelijke voorzieningen en van de forensisch psychiatrische instituten en de reclassering voor wat betreft de intra- en extramurale behandeling. Op het *micro-niveau* ligt de oplegging en tenuitvoerlegging van de individuele terbeschikkingstelling.

Een van de onderzoeksvragen luidde of in de onderzochte gevallen achteraf is vast te stellen welke doeleinden waren gesteld en door wie. De achtergrond van die vraag was het vinden van andere omschrijvingen dan de in de wet voorkomende. Bij de beantwoording van deze vraag zijn twee ingangen mogelijk: via het dossieronderzoek en via de verzamelde beoordelingen. Geconcludeerd wordt dat het *dossieronderzoek* op het *macro-niveau* van de motiveringen van de beschikbare rechterlijke uitspraken geen wezenlijk andere doelformuleringen opleverde dan 'het belang van de openbare orde', 'voorkomen van herhaling van gevaarlijk gedrag' en andere soortgelijke uitspraken.

Op het *meso-niveau* van de behandelingskliniek (in casu de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek) is duidelijk dat deze zich - zoals van haar als forensisch psychiatrische kliniek mag worden verwacht - tot doel stelt patiënten door middel van het aanbod van een intensief en breed ontwikkelingsprogramma met een klinisch psycho- en sociotherapeutisch karakter zover te begeleiden dat zij in de maatschappij kunnen terugkeren zonder dat zij nog die onaanvaardbare risico's opleveren die tot de maatregel hadden geleid.

De conclusie uit de bestudering van het kliniekdossier luidt dat de 'vertaling' van bovengenoemde doelformulering wel impliciet was terug te vinden op het *micro-niveau* van de individuele terbeschikkingstellingen, maar dat de formulering van behandeldoelstellingen in concreto veelal niet expliciet aanwezig was. Wel waren uitvoerige beschrijvingen van de behandelingsinspanningen aanwezig: welke relevante gebeurtenissen hadden zich voorgedaan, aan welke behandelingsactiviteiten had de patiënt deelgenomen, of en op welke wijze ontwikkelde de patiënt zich, en welke vooruitzichten er volgens de behandelende staf waren. De indruk is gevormd dat in de onderzochte periode impliciet wel sprake was van een doordachte behandelingsplanning en -uitvoering, maar dat een systematische verslaglegging van probleemanalyse, behandelplan en -uitvoering nauwelijks aanwezig was. Feldbrugge (1986) kwam in haar proefschrift tot een soortgelijke bevinding. Vanaf het begin van de jaren negentig is - mede onder invloed van de voorstellen van de commissie-Haars en de toekomstige Beginselenwet Terbeschikkingstelling - in de kliniek een ontwikkeling op gang gekomen om meer systematisch probleemanalyses en behandelingsmiddelen in behandelplannen en -evaluaties vast te leggen.

Ook via de ingang van de *beoordelingen* is getracht doelformuleringen te verzamelen met betrekking tot de onderzochte terbeschikkingstellingen. Welke doeleinden hebben de professionele buitenstaanders uit casusbeschrijvingen afgeleid? Met opzet was de eigen formulering van de doelen van de voorgelegde terbeschikkingstellingen aan de beoordelaars voorgelegd als open vraag. Uit de reacties wordt de conclusie getrokken dat op het *micro-niveau* achteraf wel degelijk concrete doelformuleringen gegeven kunnen worden, dus zelfs op grond van een samenvattende beschrijving. Opmerkelijk is dat zowel juridisch als gedragskundig geschoolde beoordelaars zich wat dit betreft uitdrukten in termen van gewenste gedragsverandering. Uiteraard waren er ook beoordelaars die alleen volstonden met de algemene kwalificaties als 'beveiliging', 'behandeling' of een combinatie daarvan. Uit de beschrijvingen is voor de beoordelaars de bedoeling van de kliniek met de individuele behandeling redelijk duidelijk geworden. Op open vragen naar de kern van de problematiek en naar de kern van de behandeling zijn eveneens op de individuele casus toegespitste en veelal in gedragskundige termen vervatte antwoorden gegeven. De bevinding dat zelfs achteraf redelijk goed doeleinden geformuleerd kunnen worden die met de maatregel en de behandeling werden beoogd, is waardevol en lijkt in ander evaluatief onderzoek bruikbaar.

Uit de interviews met de geïnterviewde oud-patiënten komt naar voren dat tweedeerde meent dat de bedoeling van de rechter 'beveiliging en behandeling' was geweest.

Over de in deze paragraaf gesignaleerde moeilijkheid doeleinden te achterhalen valt nog het volgende op te merken. Het is niet uniek voor de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en de forensische psychiatrie dat in behandelingsrapportages slechts op beperkte schaal op systematische wijze en expliciet doeleinden worden vastgelegd en wordt geëvalueerd in hoeverre deze worden bereikt. Dit verschijnsel is algemeen in de geestelijke gezondheidszorg waar te nemen. Ook in de somatische gezondheidszorg zijn wat dit betreft verbeteringen mogelijk en wenselijk. In de gehele gezondheidszorg staat de ontwikkeling van evaluatiesystemen meer en meer in de belangstelling.

### **7.5.2 Is vast te stellen aan welke normen en criteria de gevonden doelen zijn te toetsen?**

Een van de onderzoeksvragen richtte zich op de vaststelling van normen en criteria waaraan getoetst kon worden of de doelen van de onderzochte terbeschikkingstellingen zijn bereikt. Op het *macro-niveau* wordt recidive algemeen als een toetsingsmaat beschouwd, maar recidive als zodanig is een zo ruim begrip dat dit onvoldoende specifiek is. Welke recidive-maat zou gehanteerd moeten worden om te bepalen of het doel is bereikt: ligt de grens bij geen enkel strafbaar feit (overtreding of misdrijf), bij geen enkel misdrijf, bij bepaalde misdrijven of bij een bepaalde sanctie? Bij de analyse zijn twee indelingen gebruikt: volgens het zwaarte-criterium (aard van het delict als maat voor de ernst van recidive) en het reactie-criterium (maat voor de kracht van de justitiële reactie op recidive en indirect voor de ernst van recidive). Op deze plaats wordt een voorkeur uitgesproken voor het gebruik van het zwaarte-criterium omdat daarbij de aard en de ernst van de recidive het best tot uiting komt.

Uit het beleid van de behandelingskliniek op het *meso-niveau* kan worden afgeleid dat deze de realisatie van een geleidelijke terugkeer in de maatschappij via het proefverlof als een belangrijke maat voor behandelingsresultaat zien. De kliniek stelt pas proefverlof voor indien als het risico van delictherhaling acceptabel lijkt.

Op het *micro-niveau* zijn bij de oplegging van de maatregel geen op het individu van de ter beschikking gestelden afgestemde beoordelingsmaatstaven voor het bereiken van doeleinden voor handen geweest, bijvoorbeeld in de vorm van een bepaalde acceptabele of niet-acceptabele recidive-maat. Hierboven is geconcludeerd dat in het dossieronderzoek over het algemeen geen concreet geformuleerde behandelingsdoelen werden gevonden. Deze bevinding maakt het ook moeilijk criteria vast te stellen waarmee het bereiken van doelen kon worden gemeten. De vier disciplines blijken, zoals in de vorige paragraaf werd opgemerkt, redelijk in staat tot doelformuleringen te komen. Via de weg van de beoordelingen is echter niet expliciet gezocht naar specifiek op de casus toegespitste toetsingscriteria. Het onderzoeksmateriaal bleek daarom te fragmentarisch en te onvolledig om een hierop gerichte analyse uit te voeren. Het had achteraf gezien de voorkeur verdiend indien de beoordelaars uitgenodigd waren ook te formuleren met welke maatstaven het bereiken van de doelen zou moeten worden gemeten.

De conclusie uit het dossieronderzoek en de beoordelingen moet luiden dat geen andere toetsingscriteria gevonden zijn die in voldoende mate geoperationaliseerd en praktisch hanteerbaar zijn. In de gekozen opzet althans bleek het niet mogelijk andere criteria dan proefverlof en recidive vast te stellen.

### **7.5.3 Is inzicht te verkrijgen in de middelen die zijn gehanteerd om de gestelde doelen te bereiken?**

Er is geen discussie nodig om vast te stellen dat op het *macro-niveau* de forensisch psychiatrische behandeling als middel wordt gezien om het beveiligingsdoel van de terbeschikkingstelling te bereiken. Voorts is het duidelijk dat de organisatie van de tenuitvoerlegging van de maatregel bij het ministerie van Justitie en de forensisch psychiatrische instituten, de vervolgvoorzieningen en de reclassering op het *meso-niveau* de middelen zijn. In het onderhavige onderzoek stond het *micro-niveau* van de onderzochte terbeschikkingstellingen centraal. Uit het dossieronderzoek kon een redelijk volledig overzicht worden verkregen over de behandelingsmiddelen die aan de onderzochten waren aangeboden en door hen waren gebruikt. Minder volledig en minder exact was te vinden welke middelen waren aangewend om welke doeleinden te bereiken. Met welke doelen of subdoelen had de oud-patiënt bijvoorbeeld aan sportactiviteiten, arbeidstraining en psychotherapie deelgenomen? In de registratie van verbanden tussen problemen, behandelingsdoelen en -middelen schoten de dossiers over het algemeen tekort. Dit heeft uiteraard consequenties gehad voor het informatiegehalte van de casusbeschrijvingen die immers uitsluitend op de dossiers waren gebaseerd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat voor de beoordelaars uit de casusbeschrijvingen niet in alle gevallen duidelijk is geworden welke behandelingsmiddelen en -activiteiten ten behoeve van welke behandelingsdoeleinden waren gebruikt (zie ook de paragrafen 4.8 en 7.2.2).

Opmerkelijk is dat de ondervraagde oud-patiënten uitstekend kunnen aangeven aan welke behandelingsactiviteiten zij hadden deelgenomen en in welke mate zij daarvan profijt hadden gehad. Aan de ene kant ligt deze bevinding voor de hand, omdat de oud-patiënten de behandeling tenslotte aan den lijve hadden meegemaakt, aan de andere kant was de behandelingsperiode al weer vele jaren geleden en zou de herinnering kunnen zijn vervaagd.

#### 7.5.4 Is de vraag te beantwoorden of en in welke mate de doelen zijn bereikt?

De ultieme vraag in (programma-)evaluatief onderzoek is er op gericht na te gaan of de beoogde doelen zijn bereikt. In het onderhavige onderzoek wordt de inhoudelijke beantwoording van deze vraag onderscheiden van de beantwoording van de vraag of het met de gehanteerde onderzoeksmethode mogelijk is gebleken een antwoord op die vraag te geven. De opzet van het onderzoek behelsde namelijk niet dat de onderzoeker in de eerste plaats zou bepalen of en in welke mate de doelen van de onderzochte terbeschikkingstellingen zijn bereikt. Het is juist aan het forum van professionals overgelaten een evaluerend oordeel te vellen. Hierbij doet zich een aantal moeilijkheden voor. Ten eerste is hierboven in paragraaf 7.5.1 uiteengezet dat de doeleinden van de onderzochte terbeschikkingstellingen achteraf niet zo scherp zijn vast te stellen. In de tweede plaats geldt hetzelfde probleem voor de toetsingscriteria, zo bleek in paragraaf 7.5.2. Tenslotte is aan de beoordelaars niet expliciet voorgelegd of zij vonden dat de doelen, zoals zij deze hadden gepercipieerd, waren bereikt. Uit het bovenstaande luidt de conclusie dat het onderzoek geen definitief antwoord oplevert op de vraag of de doeleinden in casu zijn bereikt.

Niettemin is uit diverse antwoorden van de disciplines indirect af te leiden geweest in welke mate de doeleinden van de terbeschikkingstellingen naar het oordeel van de beoordelaars in concreto werden bereikt. Het 'overall-effect' van de maatregel wordt door hen tussen 'redelijk' en 'gunstig' beoordeeld. De proefverlofgangers krijgen gemiddeld een gunstiger waardering dan de niet-proefverlofgangers, maar op het individuele niveau zijn de beoordelaars het onderling niet eens. Achteraf bezien vinden de beoordelaars dat in alle casus een gedragsverandering ten goede heeft plaats gevonden. Zij oordelen tenslotte dat de behandeling tamelijk heeft bijgedragen tot het bereiken van het doel van de maatregel zoals zij dat zelf voor ogen hadden gehad. Ook hier krijgen de proefverlofgangers gemiddeld een hogere score dan de niet-proefverlofgangers, maar de beoordelaars verschillen weer van mening op het individuele niveau.

Uit de analyse van de criminaliteitsgegevens blijkt het beeld van de recidive overeen te komen met dat uit andere onderzoeken op dit gebied, zij het met de kanttekening dat de onderhavige onderzoekspopulatie niet representatief is. Er is sprake van een tamelijk hoog niveau van algemene recidive; de meest ernstige vormen betreffen echter een klein deel. Van de onderzochte populatie recidiveren proefverlofgangers minder vaak en minder ernstig dan niet-proefverlofgangers. Ook deze gegevens dragen bij tot de beantwoording van de vraag over het bereiken van doeleinden. Zoals eerder opgemerkt, blijft daarbij de cruciale vraag wat de grenswaarden zijn voor wat wel en wat niet te beschouwen is als acceptabel 'resultaat'.

#### 7.5.5 Conclusies over de onderzochte terbeschikkingstellingen

Welke conclusies kunnen nu worden verbonden aan de evaluatie van de onderzochte terbeschikkingstellingen? Uit de verschillende evaluatiebronnen (dossierstudie, beoordelingen door derden, interviews met betrokkenen, recidive-gegevens) worden de volgende conclusies afgeleid.

De onderzochte terbeschikkingstellingen zijn nodig geweest. De aard van de problematiek, de escalatie van riskant gedrag en ongunstige vooruitzichten als niet zou worden ingegrepen noopten kennelijk terecht tot deze ingrijpende maatregel. De voor de terbeschikking gestelden onontkoombare structuur was als enig kader overgebleven waarin



een hulpaanbod nog mogelijk was. Wel dient te worden opgemerkt dat een deel van de wegens vermogensmisdriven veroordeelden tegenwoordig niet meer ter beschikking gesteld zou worden.

Het is duidelijk dat de behandelingsperiode in een aantal gevallen een worsteling is geweest die gemengde gevoelens achterliet bij de behandelaars en de behandelenden. Het optreden van de instanties die bij de oplegging en de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstellingen betrokken waren kan zorgvuldig worden genoemd.

In de meeste gevallen traden verbeteringen op in het gedrag van de ter beschikking gestelden. Er zijn aanwijzingen dat de veranderingen ten goede mede te danken zijn geweest aan het kader van de maatregel en de behandelingsinspanningen. Hoe deze correlatie precies ligt is echter met de gebruikte onderzoekstechniek niet te achterhalen. Het is niet reëel er van uit te gaan dat in het geheel geen recidive zal voorkomen na beëindiging van de terbeschikkingstelling. Evenzeer is het niet reëel daarbij alle vormen van recidive even zwaar te tellen. Uitgaande van de aard van het recidive-delict werd bij 15% van de onderzochte gevallen een zeer ernstige recidive geconstateerd.

Worden degenen wier maatregel werd beëindigd nadat een proefverlof was gerealiseerd vergeleken met degenen bij wie dat niet het geval was geweest, dan blijkt in veel opzichten een gunstiger beeld naar voren te komen voor de proefverlofgangers dan voor de niet-proefverlofgangers. Het gaat om de effecten van de behandelingsinspanningen, om de vooruitzichten na het vertrek uit de kliniek en om het optreden van recidive. Het beeld wordt niet alleen gevormd uit de dossiers en uit de beoordeling door derden, maar ook uit de uitspraken van de betrokken oud-patiënten. Het verschil tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers is bij diverse aspecten significant, ondanks het gegeven dat de vijf oud-patiënten die wel met proefverlof zijn gegaan maar wier terbeschikkingstelling contrair het advies van de kliniek tijdens dat proefverlof werd beëindigd, in een aantal opzichten op de niet-proefverlofgangers gelijken. De verschillen tussen de conform en de contrair beëindigde proefverloven zijn overigens statistisch niet significant.

Ten aanzien van het verschil tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers en ten aanzien van de recidive zijn soortgelijke uitkomsten gevonden als bij Van Emmerik (1982, 1985 en 1989) en Ten Wolde & Oppedijk (1992). Ook bij de onderhavige contraire beëindigingen kan niet altijd van een ongunstige situatie worden gesproken. In dit opzicht is er overeenkomst met de interpretatie van recidive-cijfers na contraire beëindiging door Drost (1990), anders dan door Van Emmerik (1990) wordt gedaan. In sommige gevallen was reeds sprake geweest van de voorbereiding tot een proefverlof maar was de rechter kennelijk niet overtuigd van de noodzaak van de extramurale begeleiding. De beoordelaars zijn eveneens in staat geweest deze differentiatie te maken: ook behandelaars bijvoorbeeld beoordeelden de vooruitzichten van niet-proefverlofgangers niet altijd ongunstig. Dat tot op zekere hoogte een voorspelling mogelijk is van de manier waarop een einde komt aan de maatregel en van recidive is, net als bij Van Emmerik en Ten Wolde & Oppedijk, ook in dit onderzoek mogelijk gebleken. Met Ten Wolde & Oppedijk wordt geconstateerd dat het voorspellen van ernstige recidive niet goed mogelijk lijkt te zijn.

## **7.6 De methode van onderzoek achteraf bezien**

Bij de uiteenzetting van de onderzoeksopzet, bij de analyse van de verzamelde gegevens en bij de inhoudelijke conclusies is duidelijk geworden dat het gebruikte evaluatiemodel beperkingen kende. Uit praktische overwegingen werd gekozen voor een retrospectieve

benadering. Het onderzoek startte op deze manier met een achterstand. Achteraf werd een evaluatiemodel ontwikkeld waarin gegevens werden verzameld waarop de onderzoeker geen enkele invloed kon uitoefenen. Retrospectief spitten in archiefdossiers levert altijd beperkingen op.

Ondanks deze beperkingen bleek het mogelijk een kwalitatieve beoordeling van de onderzochte terbeschikkingstellingen te verkrijgen. De onderzoeksopzet voldeed in dit opzicht aan de verwachting: het verwerven van beoordelingen door professioneel bij de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling betrokken personen. Zij bleken in staat te zijn zich op grond van descripties een oordeel te vormen. Voor het merendeel konden zij dat zonder dat zij beroepshalve met de onderzochte gevallen te maken hadden gehad (enkele behandelaars en één gedragsdeskundige bij één casus vormden in dit opzicht een uitzondering). Dit is des te opmerkelijker omdat Drost (1991) constateerde dat de rechter bij zijn oordeelsvorming in een verlengingszaak aan de verschijning van de ter beschikking gestelde in persoon een bepaald belang hecht naast het schriftelijke verlengingsadvies. Slechts een enkele rechter in het onderhavige onderzoek merkte op dat de afwezigheid van de ter beschikking gestelde hem in zekere zin parten speelde bij de beoordeling, in vergelijking met de situatie bij een verlengingszitting. De situatie in het onderhavige onderzoek was uiteraard wel anders dan bij de verlengingszitting: er behoefde geen beslissing genomen te worden, het ging om een beoordeling (van beslissingen van anderen) achteraf.

De beoordeling door de vier disciplines en de geïnterviewde oud-patiënten is te vergelijken op een jurering op een breed spectrum van aspecten. Met dit verschil dat de 'jury' geen gezamenlijk eindoordeel behoefde uit te spreken. De oordelen van de afzonderlijke 'juryleden' werden door de onderzoeker met elkaar in verband gebracht.

Het interview van de onderzochte oud-patiënten nam in de onderzoeksopzet een aparte plaats in. Enerzijds is het beschouwd als een gewenst instrument om de visie te vernemen van degenen die een terbeschikkingstelling zelf hebben ondergaan, anderzijds is het in de totale opzet van het onderzoek niet onmisbaar geweest. Satisfactie-onderzoeken naar meningen van voormalige patiënten/cliënten vormen ook geen noodzakelijk onderdeel van programma-evaluatief onderzoek. Hoewel minder dan de helft van de onderzochten kon worden geïnterviewd wordt uit het kwalitatieve gehalte van interviewgegevens geconcludeerd dat ook dit opzicht de onderzoeksopzet voldeed: de interviews vervulden een complementaire, zij het bescheiden rol.

In hoofdstuk 6 is gepoogd op basis van een aantal variabelen met betrekking tot de periode vóór en tijdens de terbeschikkingstelling voorspellingen te doen over de afloop van de maatregel (wel of geen proefverlof) en over effecten (al dan niet optreden van een bepaalde vorm van recidive). Uit de bevindingen wordt de conclusie getrokken dat bepaalde variabelen, soms maar enkele, als predictoren een redelijke voorspelling kunnen geven. Daarnaast bleken met name de gedragsdeskundigen en de behandelaars in staat redelijk recidive (in algemene zin) te voorspellen, in elk geval beter dan de rechters en de advocaten. Dit is een waardevolle uitkomst, aangezien juist van rapporterende deskundigen en behandelaars voorspellende uitspraken worden verwacht.

Aangezien de populatie geen representatieve steekproef uit voormalige ter beschikking gestelden was, kunnen de genoemde uitkomsten echter niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar andere populaties. De bedoeling van de exercitie met voorspellingsmodellen was dan ook niet om het voorspellingsmodel te presenteren, maar om - in navolging van

de bevindingen uit andere onderzoeken - aan te tonen dat voorspellende variabelen deel kunnen uitmaken van een evaluatiemodel. In zijn drie follow-up studies vond Van Emmerik (1982, 1985, 1989) eveneens een aantal relevante variabelen met voorspellende kracht, waarvan sommigen overeenkomen met in het onderhavige onderzoek gevonden variabelen.

Reeds bij de uiteenzetting van de methode van onderzoek is gesteld dat elementaire voorwaarden ontbraken om van programma-evaluatie volgens de criteria van Sijben (1986) te kunnen spreken. Een aantal aanpassingen was het noodzakelijke gevolg. De uitvoering en de resultaten van het onderzoek hebben bevestigd dat het onderzoek geen programma-evaluatief onderzoek genoemd kan worden. Wel is het een descriptief en exploratief onderzoek te noemen met programma-evaluatieve karaktertrekken. Als uitgangspunt werd het model van Sijben genomen, een model dat volgens Dekker & Leeuw (1989) een doelgerichte benadering kan worden genoemd. Als bezwaren van een dergelijk model noemen zij dat doelen zo algemeen mogelijk zijn geformuleerd en dat verschillende groepen binnen een programma verschillende ideeën over de specifieke doelen hebben (Dekker & Leeuw, a.w. p.27). In casu deden deze bezwaren zich duidelijk voelen: slechts in globale zin konden uit de literatuur en het onderzoeksmateriaal doeleinden en criteria worden afgeleid. Daarenboven is het programma 'terbeschikkingstelling' dermate complex dat niet steeds expliciet kon worden onderscheiden of nu het geheel of een onderdeel werd geëvalueerd. Het programma omvat immers het gehele proces van voorgeschiedenis, oplegging, behandeling en beëindiging en er zijn verschillende actoren bij betrokken. Aan de orde is ook gekomen dat proefverlof en recidive min of meer bij gebrek aan een betere criteria werden gehanteerd. Gezien het retrospectieve karakter is van feedback aan de betrokkenen en van bijstelling in het programma in het geheel geen sprake geweest.

De toegepaste methode vertoont ook kenmerken van het door Dekker & Leeuw aangegeuide systeem-model, waarbij niet het doel centraal staat, maar het model van een sociale eenheid dat in staat is om een doel te bereiken (a.w. p.30-32). Naar de strafrechtstoepassing vertaald beschikt de maatschappij in de terbeschikkingstelling over een dergelijk op beveiliging van de maatschappij gericht systeem. Dekker & Leeuw halen aan dat volgens Windle & Flaherty (1981) op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg vier programma-evaluatiemethoden in ontwikkeling zijn. De in de onderhavige studie ontwikkelde onderzoeksmethodiek vertoont een sterke gelijkenis met twee van de door Windle & Flaherty genoemde methoden. In de eerste plaats lijkt de jurerende beoordeling door de vier disciplines op een 'structured use of clinical judgement', waarbij 'peer reviews' het werk van andere professionals beoordelen teneinde de 'kwaliteit' van de dienstverlening te waarborgen. In de tweede plaats kan het interview van de oud-patiënten beschouwd worden als een 'citizen evaluatieve review', een zelf-evaluatie methode teneinde na te gaan of het programma aan de behoefte van de 'klanten' tegemoet komt. Voor een deel zijn in de methode van onderzoek ook elementen van de door Windle & Flaherty genoemde derde en vierde methode te herkennen. De derde methode behelst de 'Goal Attainment Scaling' (GAS): een individuele behandeling gericht op problemen, in casu ernstig riskant gedrag, van individuen. De descripties van de veertig casus hadden tot doel zo nauwgezet mogelijk de problemen te presenteren alsmede de manier waarop allerlei actoren waren omgegaan met het vinden van oplossingen voor die problemen. De vierde methode wordt 'program performance measurement' genoemd en is te herkennen in het gebruik van een aantal recidive-criteria waarmee een aanwijzing werd gezocht voor

het meten van de kwaliteit en de uitvoering van het programma 'terbeschikkingstelling'. Het is duidelijk dat met name beide laatst genoemde methoden voor verbetering vatbaar zijn. In de hieronder volgende aanbevelingen wordt dit nader uitgewerkt.

## **7.7 Aanbevelingen voor evaluatief onderzoek**

### **7.7.1 Inleiding**

De evaluatie van de methode van onderzoek mondt uit in de beantwoording van de onderzoeksvraag of het mogelijk is een evaluatiemodel te ontwikkelen waarmee de oplegging en tenuitvoerlegging van terbeschikkingstellingen gestructureerd kan worden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld, teneinde een optimaal effect te bereiken. Op grond van de ervaringen met het onderhavige onderzoek worden nu mogelijkheden van evaluatiemodellen besproken. De aandacht zal daarbij vooral worden gericht op het *micro-niveau van het proces van een individuele terbeschikkingstelling*. Dit is het niveau van de dagelijkse concrete praktijk. Een goed geconstrueerd en toepasbaar evaluatiemodel kan een uitstralend effect hebben naar het meso- en macro-niveau. Twee evaluatiemodellen komen aan de orde: een verbeterde versie van het toegepaste model en een theoretisch ideaal model.

### **7.7.2 Verbetering van het toegepaste evaluatiemodel**

Hoewel is aangetoond dat het toegepaste evaluatiemodel redelijk bruikbaar is, zijn daarin stellig verbeteringen mogelijk. Een verbeterd model zal meer kunnen voldoen aan kenmerken van programma-evaluatie. In paragraaf 2.3 is een aantal fasen genoemd waarlangs volgens Sijben programma-evaluatief onderzoek kan verlopen. Deze fasen zijn in het onderhavige onderzoek wat betreft de algemene vraagstelling en informatiebehoefte beschreven in de eerste twee hoofdstuk 1. De operationalisatie van de vragen en doelen is in de hoofdstukken 2 en 3 aan de orde gekomen. Een verbeterde onderzoeksopzet zal met zich mee dienen te brengen dat nader geëxploreerd wordt welke vragen leven en aan welke informatie precies behoefte is. Deze elementen zijn, evenals de operationalisatie van de vragen en doelen, in de onderhavige onderzoeksopzet vooral afgeleid uit de literatuur en ander onderzoek. Op het *micro-niveau* kan dit in een verbeterde opzet betekenen dat aan de betrokken uitvoeringsinstanties nader gevraagd wordt welke doeleinden zij met een terbeschikkingstelling voor ogen hebben gehad en welke informatie zij uit onderzoek zouden willen verkrijgen. In de gebruikte opzet hadden de vertegenwoordigers van de vier disciplines geen bemoeienis gehad met de onderzochte casus. In een verbeterde opzet zou dat wel het geval kunnen zijn. Verwacht mag worden dat een dergelijke casus gerichte benadering meer toegespitste formuleringen zal opleveren, waaruit duidelijke criteria kunnen worden afgeleid. Het oordeel achteraf over het al dan niet bereiken van de doeleinden kan dan aan een uit anderen bestaand forum worden voorgelegd.

Ook de ontwikkelde onderzoeksinstrumenten zijn voor verbetering vatbaar. In paragraaf 7.2.2 is geconcludeerd dat de casusbeschrijvingen qua systematische opbouw, bondigheid, vormgeving en betrouwbaarheid op zichzelf voldeden. Tenminste op twee punten is verbetering mogelijk.

Ten eerste zou de informatiewaarde van de casusbeschrijvingen, met name ten aanzien de opleggingsgronden en de inhoud van de behandeling, moeten worden gemaximaliseerd. De kwaliteit van de onderliggende dossiers speelt in dit opzicht een cruciale rol. In onderhavige onderzoek was het vaak een handicap dat de dossiers niet mede ingericht waren ten behoeve van onderzoeksdoeleinden. Zo stuitte de onderzoeker bij het verzamelen van de gegevens op een weinig systematische verslaglegging van het behandelingsprogramma en de uitvoering daarvan.

Ten tweede kan de betrouwbaarheid van de beschrijvingen worden verhoogd door deze mede te laten samenstellen door bij de behandeling betrokken functionarissen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de inhoud dient echter bij de onderzoeker te berusten.

Al eerder is opgemerkt dat de beide gehanteerde vragenlijsten verbeterd kunnen worden (zie de paragrafen 7.3.2 en 7.4.2). Bij sommige items kan de formulering van de vraag beter, bij andere is een verbetering van de schaalconstructies gewenst, van weer andere items kan het nut worden betwijfeld. Soortgelijke verbeteringen zijn eveneens mogelijk bij de codelijsten die werden gebruikt om de achtergrond-, criminaliteits- en behandelingsgegevens vast te leggen.

### **7.7.3 Een ander - theoretisch ideaal - evaluatiemodel**

Eveneens op het *micro-niveau* wordt nu een schets gegeven van een meer ideaal evaluatiemodel. Zo'n model zal in elk geval tegemoet moeten komen aan de hierboven gesignaleerde bezwaren van retrospectief onderzoek. Daartoe is een vooraf bedacht en betrouwbaar informatie- en evaluatiesysteem een eerste vereiste. Wordt de terbeschikkingstelling beschouwd als een programma waarvan de doeleinden zo optimaal mogelijk bereikt zouden moeten worden, dan ligt een programma-evaluatief model voor de hand. Het cyclische karakter van een dergelijk model biedt de mogelijkheid gedurende het gehele traject feedback te geven zodat op verschillende niveaus bijsturing kan plaatsvinden op basis van systematisch verzamelde en bewerkte data.

Het is een van de drie niveaus van programma-evaluatie die Schnabel (1984) onderscheidt: het niveau van de individuele behandeling waarop het gebruik van behandelingsplannen of -programma's in sterke mate naar voren komt. In dit plan worden de doeleinden omschreven, het liefst zodanig dat het behandelingsproces, in casu de 'gang door de terbeschikkingstelling', achteraf geëvalueerd kan worden.

#### **- de oplegging**

Reeds bij het voorbereidend onderzoek ten behoeve van de rechter kan een begin worden gemaakt met de vastlegging van relevante data volgens gestandaardiseerde protocollen. Het gebruik van goede diagnostische instrumenten is hierbij van groot belang. Ook al wordt slechts een klein deel van de forensische voorlichtingsrapportages uiteindelijk gevolgd door het opleggen van een terbeschikkingstelling, een gesystematiseerde gegevensverzameling kan ook in ander evaluatieonderzoeken nuttig zijn. Als de rechter de maatregel oplegt verdient het aanbeveling in de motivering van het vonnis zo helder mogelijk de overwegingen die daartoe hebben geleid alsmede de doeleinden die met de maatregel in casu worden beoogd, te formuleren. De rechter kan hiertoe gebruik maken van conclusies en adviezen in de voorlichtingsrapportage, zoals in veel gevallen reeds geschiedt. In dit verband verdient het aanbeveling in de voorlichtingsrapportage zo

mogelijk een prognose op te nemen over het verloop van een eventueel behandelingsproces, alsmede over de mogelijke duur en intensiteit daarvan. De rechter komt er in de motivering thans vaak niet aan toe criteria te noemen waaraan te zijner tijd getoetst kan worden of het doel van beveiliging van de maatschappij is bereikt. Met andere woorden, welk toekomstig gedrag van deze delinquent vindt de rechter (nog) zo onaanvaardbaar dat het veiligheids criterium de oplegging op dat moment en te zijner tijd de verlenging van de maatregel nog vereist? Een dergelijke concretisering in het vonnis kan de ter beschikking gestelde ook perspectief bieden.

#### *- de selectie*

Bij het volgende station in het traject, de plaatsing van de ter beschikking gestelde in een behandelingskliniek, zal eveneens systematischer gewerkt kunnen worden. Als eerste fase in het behandelingscircuit is de selectie naar een behandelingskliniek een elementaire schakel in de cyclus. In deze fase gaat het om een zo goed mogelijke afstemming van de gediagnostiseerde problematiek op de behandelmethodieken in de verschillende klinieken. Het komt er op aan dat de selectie door het intake- en selectieinstituut, het Dr. F.S. Meijers Instituut, een zo groot mogelijke kans op een succesvolle behandeling oplevert en een zo klein mogelijke kans op herselectie na het onverhoopt vastlopen van een behandeling. Het zal de selectieoverwegingen en -(sub)doelen helder dienen te formuleren en te expliciteren. Teneinde het bereiken van die (sub)doelen te toetsen aan tevoren vastgestelde criteria zal informatieve feedback vanuit de behandelingsklinieken nodig zijn. Het intake-instituut zal moeten kunnen evalueren of de selectie een juiste keus is geweest.

#### *- de behandeling*

Ook de kernperiode van een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging, de periode van de klinische behandeling, zal systematisch gevolgd moeten kunnen worden. De behandelingskliniek zal uitgaande van de eigen behandelingsmethodiek voor iedere patiënt afzonderlijke duidelijke behandeldoelen dienen te formuleren. Hiertoe is het belang van een goede diagnostische basis evident, evenals het belang van een zo helder mogelijk gedefinieerde probleemanalyse en een daarop afgestemd behandelplan. In een dergelijk plan horen concrete doeleinden en toetsingscriteria thuis. Vanzelfsprekend is een systematische schriftelijke registratie van het behandelplan en van de uitvoering daarvan noodzakelijk. Binnen een behandelplan hebben behandelingsactiviteiten een plaats, zij vormen de praktische onderdelen van een behandelingsprogramma. Bij deze behandelingsactiviteiten of therapieën behoren eveneens schriftelijke geformuleerde (sub)doelen en toetsingscriteria. Zo eenvoudig als hierboven een aantal wensen is geformuleerd, zo weerbarstig is echter de praktijk. Het formuleren van doelen en criteria en het evaluatieproces vergen veel kundigheid, tijd en geduld, zo blijkt in de praktijk steeds weer (zie onder andere de ervaringen met Goal Attainment Scaling in: Jaarverslagen Kliniek 1978 en 1979; Melief e.a., 1979). Een behandelingsproces is niet statisch maar behelst een dynamisch proces van ontwikkelingen. De stoornissen zijn vaak dermate gecompliceerd dat bijstelling van behandelplan- en doelen, mede op grond van ervaring tijdens het behandelingsproces, onvermijdelijk en zelfs noodzakelijk is. Van professionele behandelaren mag worden verwacht dat zij op grond van informatie vooraf en de eerste contacten met de patiënt tot het formuleren van een hoofdlijn kunnen komen. Wijzigingen in een behandelplan zullen echter niet te sterk van een te voren bedachte hoofdlijn mogen afwijken, behalve als dat is geïndiceerd.

### - de meetinstrumenten

Belangrijke hulpmiddelen bij het maken van een probleemanalyse en het evalueren van een behandelplan zullen meetinstrumenten zijn. In de huidige praktijk in de behandelingsklinieken worden deze maar op bescheiden schaal gebruikt. Voor systematisch en cyclisch opgezette programma-evaluatie zijn zij onmisbaar. Hiertoe komen twee typen meetinstrumenten in aanmerking: objectieve en subjectieve.

Onder *objectieve instrumenten* worden algemeen toegepaste psycho-diagnostische tests en schalen beschouwd, waarvan een groot aantal een behoorlijke mate van betrouwbaarheid en validiteit heeft. Verschillende metingen in de tijd kunnen voortgang, stilstand of achteruitgang in ontwikkeling zichtbaar maken. Indien nodig zal het diagnostisch arsenaal uitgebreid dienen te worden met het oog op de aard van de patiëntenpopulatie in de forensische psychiatrie. Ten behoeve van doelevaluaties bij verschillende behandelingsactiviteiten zullen niet zonder meer geijkte meetinstrumenten beschikbaar zijn. Zo nodig zullen zij moeten worden ontwikkeld.

Een ander soort objectief instrument kan een voorspellingsmodel zijn: een model dat bijvoorbeeld aangeeft in hoeverre een patiënt met bepaalde kenmerken en in bepaalde omstandigheden een verhoogde kans op recidive heeft of hoe de behandeling zal verlopen. In hoofdstuk 6 zijn mogelijkheden van voorspellingsmodellen besproken. Een waarschuwing ten aanzien van het gebruik van dergelijke modellen is evenwel op zijn plaats. Als een voorspelling op grond van waardevol gebleken predictoren aanwijzingen geeft voor een ongunstig effect, dan mag dit niet bij voorbaat mogelijkheden tot verandering verkleinen of uitsluiten. Integendeel, een voorspellingsmodel kan bij de behandeling van een patiënt een aanvullend instrument zijn om de therapeutische inspanningen meer gericht in te zetten. Een statistisch hoge kans op recidive laat onverlet dat steeds over een concrete persoon moet worden beslist, zoals Van Emmerik & Kommer (1992) terecht opmerken.

Verder onderzoek naar betrouwbare voorspellingsmodellen is noodzakelijk. De in de onderzochte populatie gevonden voorspellende variabelen behoeven niet bij andere populaties te gelden. Het is daarom zinvol diverse soortgelijke analyses uit te voeren om een aantal steeds terugkerende en kennelijk relevante variabelen op het spoor te komen. De aandacht zou vooral moeten uitgaan naar variabelen uit de behandelingsperiode die een grote voorspellende kracht blijken te hebben.

Verhagen heeft in vier forensisch psychiatrische behandelingsinrichtingen (Pompekliek, Hoeve Boschoord, Van der Hoeven Kliniek en Oldenkotte) onderzoek gedaan naar de criteria die behandelaars hanteren bij het voorspellen van delicttherhaling (Verhagen, 1988; Verhagen & Philipse, 1992). Bij de schatting van gevaarlijkheid, zowel op korte als lange termijn, blijkt er tussen de behandelende disciplines een grote mate van overeenstemming, ondanks accentverschillen. In een vervolgonderzoek zal worden onderzocht in hoeverre de voorspellingen overeenstemmen met de feitelijke recidive. Indien het door Verhagen ontwikkelde instrument betrouwbaar blijkt te zijn, kan het in de praktijk een waardevol gereedschap worden. De ervaring en deskundigheid van behandelaars kan via een dergelijk instrument, dat kenmerken vertoont van zowel objectieve als subjectieve aard, worden gekapitaliseerd. Aan betrouwbare informatie over kansen op delicttherhaling heeft een kliniek behoefte bij het nemen van beslissingen in het behandelingsproces, met name over bewegingsvrijheid, aldus Blankstein (1988 en 1989). In verband met voorspelling van gevaarlijkheid dringt Van Marle aan op standaardisering van forensisch psychiatrische rapportage. Indien er meer eenheid en consistentie in het diagnostisch onderzoek

en de besluitvorming is, kan in longitudinaal onderzoek de waarde van de voorspellingen beter worden getoetst (Van Marle, 1992).

Naast de objectieve instrumenten kunnen *subjectieve instrumenten* een aanvullende functie hebben. Hierbij kan gedacht worden aan instrumenten die de satisfactie en beleving van de patiënt meten en aan instrumenten die de visie van behandelaars vastleggen. In de geestelijke gezondheidszorg raakt met het oog op kwaliteitsbeoordeling onderzoek naar de mening van patiënten/cliënten steeds meer in zwang. Kooi & Donker (1991) bijvoorbeeld geven hiervan een exemplarisch voorbeeld. In het onderhavige onderzoek is in feite gebruik gemaakt van dergelijke subjectieve instrumenten: de vragenlijsten voor de beoordelaars en de oud-patiënten fungeerden als zodanig. Bij gebrek aan objectieve instrumenten speelden zij zelfs een belangrijke rol.

#### *- de systematische vastlegging van het behandelingsproces*

Er zijn op zijn minst drie terreinen die kunnen profiteren van een meer systematische vastlegging van het behandelingsproces. In de eerste plaats de behandeling van de individuele patiënt zelf. Tussentijdse rapportage over het bereiken van (sub)doelen kan leiden tot noodzakelijk geachte aanpassingen in het programma. Zowel voor de behandelaar als voor de patiënt is een dergelijke feedback een nuttig, zo niet noodzakelijk hulpmiddel om zo efficiënt mogelijk doeleinden te bereiken. Gestandaardiseerde objectieve meetinstrumenten kunnen het voor de patiënt wellicht gemakkelijker maken uitkomsten ervan te accepteren.

In de tweede plaats kan het door de behandelingskliniek geschreven verlengingsadvies meer onderbouwd worden als profijt getrokken kan worden uit cycli van (sub)doelenevaluaties. Indien de probleemanalyse van goede kwaliteit is en een aanneemelijk verband legt tussen stoornis en delict risico, en het behandelingsprogramma daarop aansluit, kan het verlengingsadvies op basis van doelevaluaties meer gefundeerde informatie bieden over delictgevaar. Zo beschouwd is het verlengingsadvies tevens een instrument aan de hand waarvan de rechter kan toetsen of de doeleinden die hij met zijn vonnis of arrest heeft beoogd zijn bereikt.

In de derde plaats kan een goed gedocumenteerd behandelingsverloop de overgang van de patiënt naar externe begeleiding, zoals de reclassering in het kader van proefverlof, vergemakkelijken. Uiteraard zal de reclasseringsbegeleiding ook een soortgelijke cyclus van doelevaluaties dienen te bevatten.

Alle in deze paragraaf voorgestelde evaluatiemodellen hebben het karakter van proces-evaluatie: zij begeleiden het proces van en door de terbeschikkingstelling en hebben een formatief karakter hetgeen wil zeggen dat voortdurend feedback plaatsvindt en betrokkenen tijdens het proces kunnen profiteren van de uitkomsten van de evaluaties (zie paragraaf 2.3).

#### *- de organisatie van evaluatieprocessen*

In de paragrafen over verbeterde en min of meer ideale evaluatiemodellen is nog niet aan de orde geweest hoe een en ander georganiseerd zou moeten worden. Een belangrijke aspect in dit verband is de verantwoordelijkheid voor een evaluatieproces: wie is de opdrachtgever, wie is de evaluator en welke afspraken zijn er met betrekking tot feedback? Uit de praktijk van programma-evaluatie is bekend dat onduidelijkheid op dit terrein een funeste invloed kan hebben op het welslagen van dergelijke projecten.



Aangezien bij de oplegging en tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling vele actoren en belanghebbenden zijn betrokken, zal het bepalen van verantwoordelijkheden niet eenvoudig zijn. De ruimte ontbreekt hier uitvoerig op in te gaan. Ten aanzien van het verloop van een individuele terbeschikkingstelling lijkt het voor de hand te liggen dat het ministerie van Justitie - verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van sancties - een belangrijke taak zal dienen te hebben. In praktische zin ligt een centrale taak voor het Dr. F.S. Meijers Instituut, in elk geval voor wat betreft dataverzameling, voor de hand.

#### 7.7.4 Aanbevelingen voor ander evaluatief onderzoek

Tenslotte worden in het kort nog aanbevelingen gedaan voor ander evaluatief onderzoek. Hierboven is de gedachtengang bepaald door het traject van een individuele terbeschikkingstelling. Zonder bezwaar kan een programma-evaluatieve aanpak ook op het meso- en macro-niveau worden toegepast. Het *meso-niveau* vertoont gelijkenis met het tweede niveau van Schnabel (1984): het niveau van de evaluatie van als programma gedefinieerde instituten en organisaties. Aan de orde is hier de evaluatie van het functioneren van de forensisch psychiatrische behandelingsklinieken en van andere uitvoeringsinstanties. Mede uit systematisch vastgelegde besluitvormings- en behandelingsprocessen van individuele patiënten kan worden gededuceerd in hoeverre de beleidsdoelen worden bereikt. De resultaten van evaluaties op het micro- en meso-niveau kunnen worden gegeneraliseerd over grotere populaties en op het *macro-niveau* tot verbetering van het 'programma terbeschikkingstelling' leiden. Het is het derde niveau dat Schnabel noemt: de evaluatie van als programma opgezette voorzieningen en verstrekkingen. In casu past de rechter de terbeschikkingstelling toe met het oog op een doel dat afgeleid is uit het Wetboek van Strafrecht, namelijk de beveiliging van de maatschappij. De doeltreffendheid van het middel waarmee getracht wordt dat doel te bereiken - de forensisch psychiatrische behandeling en de organisatie daarvan - wordt dan getoetst aan de bedoeling van de wettelijke regeling.

Behalve de hiervoor meer uitvoerig behandelde vormen van proces-evaluatie blijven effectevaluaties, zoals deze in de vorm van effectonderzoeken (zie paragraaf 1.6.2) zijn uitgevoerd, noodzakelijk. In dit kader zal - in samenhang met hierboven voorgestelde proces-evaluaties - verder gezocht moeten worden naar toetsingscriteria en beoordelingsmaatstaven. Bestaande en te ontwikkelen meetinstrumenten zullen op verschillende populaties moeten worden geijkt. Van belang is ook nader onderzoek te doen naar herhaling van delictgedrag. Met name is te denken aan schalen waarmee de ernst van het delictpatroon nauwkeuriger kan worden bepaald. De tot nu toe gehanteerde criteria (in het onderhavige onderzoek aangeduid als reactie- en zwaartecriteria) zijn eigenlijk te grofmazig. Een vrijheidsstraf van acht maanden zegt niet alles, een proces-verbaal wegens mishandeling evenmin. Om welke gedragingen gaat het in concreto; in welke mate en op welke manier zijn deze schadelijk, gewelddadig of bedreigend geweest? Het is denkbaar dat ervaringen in de behandeling met het delictscenario (waarmee systematisch een delictpatroon in kaart wordt gebracht) in dit opzicht nuttig kunnen zijn (Van Beek & Mulder, 1991 en 1992). Onder meer Van Emmerik & Kommer (1992) hebben gewezen op de vele definitie- en operationalisatieproblemen die aan recidive zijn verbonden.

Ten behoeve van zowel proces- als effectonderzoek is meer onderzoek naar de diagnostische kenmerken van de populatie ter beschikking gestelden wenselijk. De toename in de jaren tachtig van personen met een psychotische ziektegeschiedenis en met

een veroordeling wegens geweldsdelicten maken duidelijk dat de populatie aan verandering onderhevig is. Ook is nader onderzoek van belang naar de effecten van de verschillende toegepaste behandelingen. Niet alleen naar de effecten van de behandelingsconcepten van de forensisch psychiatrische klinieken, maar ook van de gedifferentieerde behandelmethoden binnen de klinieken. Specifiek op bepaalde problematiek gerichte behandelingsprogramma's (zoals voor psychotici en voor delinquenten met seksuele delicten) vinden in toenemende mate ingang (Jaarverslag Kliniek 1991; Van Marle, 1992).

In aansluiting op de laatste opmerkingen verdient het aanbeveling op ruimere schaal dan tot nu toe gebruikelijk, fundamenteel onderzoek te entameren naar voor ter beschikking gestelden typerende problematiek. Er zijn aanwijzingen dat er - naast overeenkomsten - ook verschillen zijn tussen ter beschikking gestelden en patiënten in andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg. Indien deze verschillen verklaringen geven voor het afwijkende en criminele gedrag, kunnen meer specifieke behandelingsprogramma's worden ontwikkeld. Theorievorming in de forensische psychiatrie kan hierdoor worden gestimuleerd. Blijkens de Nota TBS wil het ministerie van Justitie ook meer steun geven aan wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de forensische psychiatrie. Hopelijk hecht zij bij het ondersteunen daarvan niet alleen belang aan beleidsmatig interessant onderzoek maar ook aan meer fundamenteel onderzoek.

## 7.8 Andere aanbevelingen

### - *een verplichte extramurale fase*

Als laatste onderzoeksvraag was gesteld of nog andere aanbevelingen kunnen worden gedaan ter verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van de terbeschikkingstelling. Uit het onderhavige onderzoek blijkt, evenals uit verschillende andere aangehaalde onderzoeken, dat de geleidelijke overgang van de klinische naar de ambulante setting gunstiger is dan een abrupt einde van de klinische behandeling. Vanuit behandelingsoptiek wordt de noodzaak van een geleidelijke overgang bij voortduring naar voren gebracht. Beyaert (1992, p.305) wijst erop dat juist het proefverlof de vereiste beveiliging geeft, zeker met het oog op het toenemend aantal psychotici die nog een lange nazorg behoeven.

Het belang dat in een verlengingsadvies wordt gehecht aan een 'binnenkort te realiseren' proefverlof overtuigt de rechter echter niet altijd als voor hem het verband met een gevaarsrisico op lange termijn niet duidelijk is. Een ongewenste contraire beëindiging kan het gevolg zijn. De wenselijkheid van een zorgvuldig afgewikkeld behandelingsproces voert tot de aanbeveling dat geen enkele terbeschikkingstelling zou mogen eindigen voordat een extramurale fase is gerealiseerd. Een verplichting tot een extramurale fase zou in de wet moeten worden opgenomen, mogelijk gebonden aan een minimum- en maximumtermijn. De overgangsfase zou flexibel in vorm en tijdsduur moeten kunnen zijn, al naar gelang de individuele situatie. Het is aannemelijk dat een dergelijke constructie zal leiden tot een verkorting van de intramurale behandelingsperiode, zo veronderstelt Wiertsema (1991). Een kortere intramurale behandeling zal ook de kosten van de terbeschikkingstelling kunnen verlagen. Het perspectief op deze fase zal ook voor de ter beschikking gestelde de motivatie om actief in het klinische programma te participeren kunnen verhogen.

Een verplichte extramurale fase kan vanuit begeleidingsoogpunt uitstekend geschieden door middel van de bestaande proefverlofconstructie. Maar ook een voorwaardelijke verlenging (Hofstee, 1987, p.488) of een voorwaardelijke beëindiging zouden vormen kunnen zijn. Verschillende schrijvers zien mogelijkheden in de voorwaardelijke beëindi-

ging waarover de begin 1992 geïnstalleerde commissie-Fokkens advies zal moeten uitbrengen aan de staatssecretaris van Justitie (Van Marle, 1991b; Balkema, 1992). Elke extramurale fase zou via een rechterlijke beslissing tot stand moeten komen, zoals hieronder wordt betoogd. Wel dient er voldoende ruimte te zijn voor de behandelende kliniek om te participeren in de bepaling van de noodzakelijke voorwaarden. Bij een 'opgelegd' proefverlof, bij voorwaardelijk verlengen of beëindigen van de maatregel zou zij immers 'gedwongen' kunnen worden tot medewerking aan een resocialisatiefase waar zij de patiënt nog niet aan toe acht. De voorwaarden zouden in elke geval moeten aansluiten bij de proefverlofvoorwaarden waarmee reeds veel ervaring is opgedaan. Op overtreding van de voorwaarden dient dan wel serieus te worden gereageerd, bijvoorbeeld met een (tijdelijke) herroeping van de bewegingsvrijheid. Het is evident dat de realisatie van een verplichte extramurale fase alleen dan pas goed mogelijk is als sprake is van een goede communicatie en samenwerking tussen de betrokken disciplines, waaronder met name ook de reclassering.

Thans maakt de rechter wel gebruik van de mogelijkheid de behandelingskliniek te verzoeken binnen drie maanden een resocialiseringsplan te maken (art. 509t, tweede lid Sr.), als hij afwijzing van de vordering tot verlenging overweegt. Deze constructie voldoet niet. De mogelijkheid bestaat dat de voorbereiding op terugkeer in de maatschappij onvoldoende is geweest. De rechter heeft alleen de mogelijkheid te verlengen of te beëindigen. Er kunnen geen nadere voorwaarden worden gesteld.

#### *- het primaat van de rechter*

In de huidige regeling bepaalt de rechter de toegang tot de vrijheidsbenemende maatregel maar de minister van Justitie heeft - via de voorgeschreven machtiging tot het verlenen van een proefverlof - zeggenschap over het feitelijke vertrek uit de klinische setting en terugkeer in de maatschappij. Daarnaast kan de minister te allen tijde de verpleging van overheidswegen voorwaardelijk beëindigen (art. 38h Sr.). De minister heeft zelfs de bevoegdheid de maatregel te allen tijde (onvoorwaardelijk) te beëindigen (art. 38i Sr.).

Het verdient aanbeveling elke beslissing die een wezenlijke verandering in de tenuitvoerlegging inhoudt, aan de rechter ter fiatting voor te leggen. Het proefverlof behelst zo'n beslissing, het vormt het einde van de intramurale behandeling en impliceert een einde aan de vrijheidsbeneming in formele zin. De bevoegdheden van de minister ex artikelen 38h en 38i Sr. hebben dezelfde consequentie.

Indien de finale beslissingsbevoegdheid bij de rechter ligt, sluit de procedure in juridische zin beter dan in de huidige situatie aan bij het karakter van de maatregel als vrijheidsbenemende sanctie. Of zoals Balkema zegt: "De afwegingen die behoren bij het laten voortduren van deze beveiligingsmaatregel horen bij de rechter thuis en niet bij de administratie." (Balkema, 1992, p.256). Als de rechter zowel het begin als het einde van de maatregel kan bepalen is hij wellicht meer geneigd proefverlof als een integraal en volwaardig onderdeel van het begeleidingsproces te beschouwen.

De grotere participatie van de rechter versterkt zijn positie in de rol van executierechter. Nu de terbeschikkingstelling bij uitstek met deze figuur - zonder dat dit formeel zo genoemd wordt - ervaring heeft opgedaan, verdient het aanbeveling op deze weg verder te gaan (Kelk, 1992). Vegter (1989) betoont zich in de discussie over de controlerende of sturende rechter voorstander van een grotere betrokkenheid van de rechter bij de tenuitvoerlegging van een vrijheidsontnemende sanctie als de gevangenisstraf. De rechter zou volgens hem zeggenschap moeten hebben over verschillende executiemodaliteiten, voor

zover deze leiden tot essentiële regiemswijzigingen. Vegter citeert in dit verband met instemming Corstens, die meent dat de rechter de verantwoordelijkheid voor een diepingrijpende sanctie als vrijheidsbeneming dient te nemen op grond van zijn "historische opdracht als garant van de burgerlijke vrijheden". Corstens baseert zich daarbij op de nauwe wettelijke begrenzingsen ten aanzien van de beperking van de persoonlijke vrijheid (zoals art. 113, lid 3 GW, art. 6 EVRM en art. 9 IVBPR). Zo noemt artikel 113, lid 3 GW met uitsluiting van anderen de bevoegdheid van de rechterlijke macht ten aanzien van een straf van vrijheidsontneming (Corstens, 1983, p.23/24).

*Mutatis mutandis* kan de hierboven aangehaalde argumentatie gebruikt worden voor de terbeschikkingstelling. De intramurale periode van deze maatregel kenmerkt zich evenzeer door vrijheidsontneming. Het gaat dan behalve het bevel tot verpleging en de verlenging met name over belangrijke beslissingen ten aanzien van overplaatsing, proefverlof en (voorwaardelijke) beëindiging. In het kader van zijn verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de maatregel neemt de minister van Justitie dienaangaande beslissingen. Een voordeel van een grotere betrokkenheid van de rechter bij dergelijke beslissingen kan zijn dat de rechter minder gevoelig is voor de publieke opinie dan de minister van Justitie, aan wie de verantwoordelijkheid ten aanzien van de tenuitvoerlegging is opgedragen. De minister is meer op het beleid gericht, de rechter meer op het individu. Een nadeel daarentegen kan zijn dat de rechter in mindere mate verantwoordelijk kan worden gesteld. De minister kan immers steeds in het parlement ter verantwoording worden geroepen; alleen in extreme gevallen zou een actie uit onrechtmatige daad tegen een rechterlijke beslissing denkbaar kunnen zijn. Ten aanzien van de praktische vormgeving van de tenuitvoerlegging dient evenwel voldoende ruimte aan het ministerie van Justitie en aan de behandelingsklinieken gelaten te worden. De zorg voor de behandelingsvoorzieningen, de plaatsing in een behandelingskliniek en de keuze van behandelingsmethoden zijn bij uitstek zaken waarover de rechter hooguit een marginaal toetsend oordeel zal kunnen uitspreken.

Een voorstel tot proefverlof of (voorwaardelijke) beëindiging zou gedaan moeten kunnen worden door de behandelingskliniek, het openbaar ministerie en de ter beschikking gestelde zelf (Slagter, 1991; Van Marle, 1991b). De officier van justitie zou een meer actieve rol kunnen spelen dan in de huidige praktijk het geval is. Het is immers zijn taak op te komen voor de veiligheidsbelangen van de maatschappij. Hij zal de adviezen, voorstellen en evaluaties op hun merites moeten wegen en vanuit zijn optiek de rechter moeten adviseren of voorstellen formuleren.

Vanwege het bijzondere karakter van de maatregel is het aanbevelenswaard de behandeling van bovengenoemde beslissingen op te dragen aan gespecialiseerde kamers van de rechtbanken naar het voorbeeld van de penitentiaire kamer bij het gerechtshof te Arnhem. Overweging verdient opnemng van gedragsdeskundigen in dergelijke kamers, mede gezien de gunstige ervaringen in de voornoemde penitentiaire kamer.

#### *- de communicatie en samenwerking*

Er zijn voldoende aanwijzingen om met vertrouwen een grotere rol van de rechter tegemoet te zien. Uit het onderzoek van Drost (1991) en het overzicht van Van Veen (1990) blijkt dat de rechter de verlengingszaken over het algemeen zorgvuldig behandelt. Ook uit de beoordeling door de rechters in het onderhavige onderzoek spreekt de nodige nuancering. De rol van de proportionaliteit (de duur van de maatregel in relatie tot de ernst van het opleggingsdelict) lijkt marginaal te zijn en minder prominent dan enkele jaren geleden werd aangenomen. Wel wil de rechter goed geïnformeerd worden over de

risico's, voornamelijk door middel van het verlengingsadvies. Maar ook het horen van de ter beschikking gestelde en de getuige-deskundige (behandelaar van de behandelingskliniek) kan voor de rechter nuttig zijn, of zelfs een onmisbare aanvulling op het verlengingsadvies (Drost, 1991).

Het verdient aanbeveling de verplichting in te stellen dat de rechter over een tweede onafhankelijk advies dient te beschikken als hij overweegt contrair het advies van de behandelingskliniek de terbeschikkingstelling te beëindigen. Hij dient optimaal geïnformeerd te zijn teneinde de volle verantwoordelijkheid voor een contraire beslissing te kunnen dragen.

Het is duidelijk dat de kwaliteit van de verlengings- en andere adviezen van groot belang is voor een optimale besluitvorming. Nadat het onderzoek van Van Emmerik (1989) een forse stijging van het aantal contraire beëindigingen aan het licht bracht hebben de forensisch psychiatrische klinieken en het ministerie van Justitie meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de adviezen en het optreden als getuige-deskundige voor de rechtbank. In 1992 vond een inventariserend onderzoek naar de adviezen plaats en werd een studiedag aan het verlengingsproces gewijd. Sinds het begin van de jaren negentig kan bij de verlengingszaken van een verbeterde communicatie tussen juridische en therapeutische disciplines worden gesproken, zo is de indruk van diverse participanten in deze procedures.

Een professionele samenwerking met respect voor ieders rol heeft grote waarde voor een goede belangenbehartiging, zowel van de samenleving, van de ter beschikking gestelden als van de forensische hulpverleners. Beyaert (1990) wijst er in dit verband op dat in Nederland de verstandhouding tussen magistratuur en forensische rapporteur over het algemeen gebaseerd is op wederzijds begrip en kennis van zaken. Schnitzler (1990) benadrukt de specifieke deskundigheid van de forensische rapporteurs die zich terdege bewust dienen te zijn van hun positie in de strafrechtspleging en van hun verhouding ten opzichte van de justitiabele. Mede naar aanleiding van opvattingen van Schnitzler en op grond van ervaringen van forensische behandelaars als getuige-deskundigen kan betwijfeld worden of de rol van forensische rapporteur en van behandelaar wel goed met elkaar verenigbaar is. In de huidige regeling van de verlenging van de terbeschikkingstelling is die combinatie wettelijk voorgeschreven. Het kan anti-therapeutisch werken als het vertrouwenscontact met een patiënt wordt doorkruist door de contradictoire positiebepaling die in de huidige verlengingprocedure ligt besloten. Ook Kelk (1992) beseft dat partijen na een conflict aan een rechterlijk college te hebben voorgelegd, weer met elkaar verder zullen moeten. Er is bovendien een speciale deskundigheid bij leden van rechterlijke colleges vereist om te kunnen omgaan met de aparte wereld van penitentiaire inrichtingen en behandelingsklinieken, zo stelt Kelk voorts op grond van ervaringen met het penitentiaire beklagrecht.

In dit verband kan een bevinding uit het onderhavige onderzoek worden genoemd. Aan de beoordelaars is gevraagd in hoeverre zij op de hoogte zijn van de behandelingswijze van de onderzochte Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Er bleken significante verschillen te bestaan tussen de beoordelaars: de rechters zijn tussen 'een beetje' en 'redelijk' op te hoogte, de advocaten redelijk, de gedragsdeskundigen nog beter en de behandelaars het beste. Deze uitkomst is niet verwonderlijk. De behandelaars horen hier eigenlijk niet thuis omdat zij allen in de kliniek werken. Dat de gedragsdeskundigen behoorlijk op de hoogte zijn is ook noodzakelijk in verband met de voorlichtende en adviserende functie die zij in de strafrechtspleging vervullen. Rechters en advocaten behoeven voor hun taakuitoefening niet tot in de details op de hoogte te zijn van de

behandelingswijze van de forensisch psychiatrische klinieken. Globale kennis kan volstaan. Het blijft de vraag over welke kennis de verlengingsrechter op zijn minst dient te beschikken. Hij zal de rapportage van de behandelingskliniek net als elke andere deskundigen-rapportage moeten kunnen volgen. Een zekere kennis van de behandelingscontext lijkt eveneens wenselijk. In dit verband speelt uiteraard ook de bovengenoemde kwaliteit van de verlengingsadviezen een rol.

Bovenstaande leidt tot de aanbeveling aandacht te blijven schenken aan de opleiding van diegenen die elkaar in en buiten de rechtszaal treffen over forensisch psychiatrische onderwerpen. De opleiding van forensisch psychiaters en psychologen verdient nadere aandacht, wellicht in de vorm speciale cursussen en stages in forensisch psychiatrische instellingen. Het Studiecentrum Rechtspleging zou meer dan nu het geval is de zittende en staande magistratuur op deze sector gerichte studiedagen kunnen aanbieden. Het jaarlijkse tweedaagse studiebezoek aan twee forensisch psychiatrische instituten voldoet aan een behoefte, maar bereikt te weinig personen en kan inhoudelijk aan kwaliteit winnen. Voorts kunnen conferenties, workshops en publikaties een nuttige bijdrage leveren bij het uitwisselen van ervaringen en het bespreken van ontwikkelingen op het grensvlak van recht en gezondheidszorg (Niemantsverdriet, 1988, p.287).

Tenslotte wordt aanbevolen op de een of andere manier gebruik te maken van de ervaringen van voormalige ter beschikking gestelden. Zij zijn als geen ander in staat vanuit de eigen ervaring terug te blikken. In paragraaf 7.4 is de suggestie van een aantal geïnterviewde oud-patiënten in deze richting vermeld. Voorlichting van hun kant aan huidige ter beschikking gestelden en aan het publiek zal een aanvulling kunnen betekenen op informatie van professioneel betrokkenen.

#### *- de plaats in de geestelijke gezondheidszorg*

Veranderingen in de populatie van ter beschikking gestelden maken duidelijk dat voor meer personen dan in het verleden het geval was tussenvoorzieningen nodig zijn bij de overgang van de behandelingsklinieken naar de maatschappij. De Nota TBS geeft aan dat voor bijna de helft van de populatie doorstroming naar instituten als forensisch psychiatrische afdelingen van algemene psychiatrische ziekenhuizen, vormen van beschermd wonen en soortgelijke voorzieningen noodzakelijk zullen zijn. Zodra het risico van delicttherapie inzichtelijk en beheersbaar is geworden, zal de klinische forensisch psychiatrische behandeling kunnen eindigen en doorstroming naar andere zorgsectoren aangewezen zijn. Voor sommigen zal langdurige gestructureerde zorgverlening onvermijdelijk zijn om het maatschappelijk risico acceptabel te houden. Het verdient aanbeveling de doorstromingsmogelijkheden van de forensische naar de algemene psychiatrische hulpverlening te maximaliseren teneinde het gebruik van de 'zware' voorziening van opname in forensische behandelingsklinieken zo kort mogelijk te laten zijn. In dit verband kan de door de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek geïnitieerde voorziening van dagbehandeling en polikliniek (als uitstroombemogelijkheid voor ter beschikking gestelden, maar vooral als preventiemogelijkheid voor andere delinquenten) een waardevol instituut zijn. (Jaarverslag Kliniek 1991; Derks, 1992b). Ook elders komen dergelijke voorzieningen van de grond. Zij vereisen een goede afstemming van de verantwoordelijkheden van de betrokken ministeries van Justitie en WVC. De ontwikkelingen in het forensisch psychiatrisch circuit lijken in de jaren tachtig in een stroomversnelling te komen, getuige discussies in het professionele veld (Adviezen Forensische psychiatrie en haar raakvlakken van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1991 en 1992; Van Essen, 1992, Bulten & Van Rijn, 1992; Van Grunsven, Bosma & Oppedijk, 1992; Kerkhof, 1992) en bijvoorbeeld de

oprichting in 1992 van de Stichting Gemeenschappelijke Belangen Forensische Psychiatrie Midden-Nederland te Utrecht.

De hierboven besproken aanbevelingen ten aanzien van procesevaluatie in de forensische psychiatrie bewegen zich op een terrein dat wordt gedeeld met de algemene geestelijke gezondheidszorg. De beslissingsprocessen in de forensische psychiatrie mogen dan wel zijn ingebed in het strafrechtelijke kader, de behandelmethoden van psychisch gestoorde delinquenten vertonen veel overeenkomsten met de werkwijze in de commune psycho-sociale en psychiatrische hulpverlening. De forensisch psychiatrische instituten maken deel uit van het brede aanbod van de GGZ en zijn erkend als psychiatrische ziekenhuizen. In de GGZ worden kwaliteitseisen in toenemende mate van belang geacht en worden effectiviteit en doelmatigheid ter discussie gesteld. Kwaliteit van zorg kan alleen geboden worden als professioneel wordt gewerkt met goed opgeleid personeel en als wordt gewerkt met effectief gebleken behandelmethoden. Een belangrijk element in de zorgverlening is tevens de beheersing van de kosten en een doelmatig gebruik van de middelen. Registratie van beslissings- en behandelingsprocessen en wetenschappelijk onderzoek naar de doeltreffendheid van behandelmethoden is van belang om de kwaliteit en het rendement van de behandelingsinspanningen te meten en te verbeteren. De professionele standaarden kunnen verder worden verbeterd door intercollegiale toetsing en wetenschappelijke publikaties.

In dergelijke cyclisch verlopende evaluatieve processen heeft ook onderzoek op het gebied van de forensische psychiatrie een plaats. Onder andere de Nota TBS en Van Marle (1991b) wijzen hier op. Het belang van de maatschappelijke veiligheid, het belang van de ter beschikking gestelde en verantwoording over de financiële en professionele inspanningen maken het zelfs noodzakelijk. Het is niet acceptabel dat tot nu toe zo weinig fundamenteel en evaluatief onderzoek heeft plaatsgevonden in een sector waar zulke gewichtige maatschappelijke en persoonlijke belangen een rol spelen.

Programma-evaluatie op het terrein van de terbeschikkingstelling kan uitstekend passen in de twee gezichten die Mastboom (1984) aan programma-evaluatie toeschrijft: dat van verantwoording, controle en toetsing en dat van bevordering van kwaliteit en doelmatigheid. Gezien de vele actoren en de complexiteit lijkt dan een combinatie van de door Mastboom onderscheiden interne, externe en onafhankelijke programma-evaluatie voor de hand te liggen. Het in paragraaf 7.5.1 gemaakte onderscheid naar macro-, meso- en microniveau kan hierbij richtinggevend zijn. Bij de uitwerking van evaluatieprocedures dient steeds nauwgezet te worden bepaald wie de opdrachtgevers voor welke onderzoeken zijn, wie als evaluatoren zullen optreden en op welke wijze resultaten worden teruggekoppeld naar de verschillende niveaus van het 'programma terbeschikkingstelling'.

Het is in het belang van de maatschappij - en in het bijzonder van slachtoffers en hun relaties - de kennis te vergroten over het functioneren van de forensische psychiatrie. Ook ter beschikking gestelden maken er rechtspositioneel gezien aanspraak op. De hedendaagse eisen van 'kwaliteit van zorg' en 'zorg op maat' dienen eveneens gesteld te worden aan de terbeschikkingstelling, ook al is het 'een bijzondere maatregel', of juist daarom.





In het eerste hoofdstuk is de probleem- en vraagstelling uiteengezet. De terbeschikkingstelling heeft een bijzonder karakter: enerzijds is zij een strafrechtelijk instrument dat beveiliging van de maatschappij beoogt door middel van psychiatrische behandeling, anderzijds behelst zij een kader waarin aan gedragskundige disciplines belangrijke taken en bevoegdheden zijn toebedeeld. Het karakter van de terbeschikkingstelling als strafrechtelijke maatregel brengt met zich mee dat, anders dan in het commune strafrecht, schuld en vergelding geen rol spelen. Het strafbare feit kan de dader wegens zijn psychische stoornis niet of niet volledig worden toegerekend. Tegenwoordig gaat het overwegend om delicten van een gewelddadige aard.

De wetgever heeft in de loop van de tijd op verschillende manieren doeleinden van de maatregel geformuleerd. De huidige en toekomstige wetgeving spreekt meer expliciet over een nauwe samenhang tussen de aspecten beveiliging, behandeling en rechtspositie van de ter beschikking gestelde, elementen waartussen van tijd tot tijd spanningen kunnen ontstaan.

Ook in de literatuur worden de accenten bij de formulering van de doeleinden wisselend gelegd bij het beveiligings- of het behandelingsaspect.

Behandelaars formuleren het doel van de maatregel als het bieden van adequate behandelingsmiddelen teneinde de risico's voor de maatschappij tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen verpleging en behandeling. Aan het rechterlijke 'bevel tot verpleging van overheidswege' kan de ter beschikking gestelde zich niet onttrekken, maar hij heeft het recht behandeling in engere zin te weigeren.

De kennis over het functioneren, de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de maatregel is tot nu toe retrospectief en fragmentarisch gebleven. Evaluatie-onderzoek is vooral uitgevoerd in de vorm van effectonderzoek waarbij met name recidive als criterium is gebruikt. Hieruit blijkt onder meer dat de samenstelling van de populatie in de loop van de jaren is veranderd. Ongeveer de helft van de voormalige ter beschikking gestelden is weer veroordeeld, ongeveer een vijfde wegens ernstige recidive. Daarnaast is er procesonderzoek, gericht op aspecten van de behandeling zelf en voornamelijk uitgevoerd in descriptieve en casuïstische studies.

Als probleem wordt geconstateerd wordt dat de oplegging en tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling niet systematisch worden geëvalueerd. Een dergelijke evaluatie wordt bemoeilijkt door een gebrek aan een wetenschappelijk verantwoorde en empirisch getoetste evaluatie-methodiek. Een van de moeilijkheden is dat er verschillende opvattingen leven over de doelen die met de maatregel worden beoogd en over de criteria waarmee het bereiken van die doeleinden kan worden getoetst.

De studie is specifiek gericht op die vorm van terbeschikkingstelling waarbij intramurale verpleging is opgelegd. Uiteengezet is dat de studie beoogt inzicht te krijgen in het functioneren van de terbeschikkingstelling: in hoeverre is de maatregel in de concrete toepassing effectief te noemen? Welke doelen worden gesteld en worden deze bereikt? Door middel van een empirisch retrospectief onderzoek zal gepoogd worden een

aantal terbeschikkingstellingen retrospectief te laten beoordelen door een forum van vertegenwoordigers van betrokken disciplines. Ook zal aan de onderzochte voormalige ter beschikking gestelden zelf worden gevraagd hun oordeel te geven. In verband met de betrokkenheid van verschillende disciplines, met name vanuit een juridische en een gedragskundige oriëntatie, wordt uitgegaan van de veronderstelling dat accentverschillen naar voren zullen komen die zijn terug te voeren op de twee kenmerkende aspecten van de maatregel, namelijk het beveiligings- en het behandelingsaspect. Met het oog op de vraagstelling is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Op grond van de bevindingen met het toegepaste evaluatiemodel zullen aanbevelingen gedaan kunnen worden voor toekomstig evaluatief onderzoek.

De relevantie van het doen van onderzoek wordt geaccentueerd door de toenemende (inter)nationale aandacht voor kwaliteits- en rechtspositionele aspecten van deze vorm van behandeling in een onvrijwillig kader. Zowel ter beschikking gestelden als diegenen die professioneel bij de regelgeving over en de toepassing van de maatregel zijn betrokken, zijn gebaat bij meer inzicht in het functioneren ervan en hebben belang bij een bruikbare evaluatie-methodiek.

Het **tweede hoofdstuk** beschrijft de methode van onderzoek waarvan in onderhavige studie gebruik is gemaakt. Om te beginnen wordt vastgesteld dat de wetgever niet heeft voorzien in een systematische evaluatie van de effectiviteit van strafrechtelijke sancties in het algemeen en ook niet van de terbeschikkingstelling.

De maatregel behelst een proces waarin tal van gebeurtenissen, adviezen en beslissingen een rol spelen; er zijn verschillende fasen te onderscheiden voordat een terbeschikkingstelling tot stand komt, terwijl ook tijdens de tenuitvoerlegging diverse fasen worden doorlopen totdat de maatregel wordt beëindigd. Het gehele proces is te beschouwen als een 'programma'. In het onderzoek staat de vraag centraal of het programma 'terbeschikkingstelling' conform de beoogde doeleinden functioneert en op welke wijze. De interesse van het onderzoek gaat uit naar het gehele proces van een terbeschikkingstelling: welke beslissingen worden genomen, door wie en met welke gevolgen? Het onderzoek is daarmee te karakteriseren als procesonderzoek. Dit in tegenstelling tot effectonderzoek, waarbij effecten van verschillende 'programma's' met elkaar worden vergeleken. Bij de ontwikkeling van de onderzoeksopzet is gebruik gemaakt van het model van programma-evaluatie afkomstig uit de vergelijkbare setting van de geestelijke gezondheidszorg. Programma-evaluatief onderzoek is op de praktijk gericht evaluatieonderzoek dat beoogt de waarde van een programma vast te stellen door de effecten van een programma te vergelijken met de van tevoren vastgestelde doeleinden.

Van meet af aan noopten praktische overwegingen tot een onderzoeksopzet die van programma-evaluatie in eigenlijke zin ver zou afwijken. Belangrijke beperkingen waren het retrospectieve karakter van de opzet en het gebruik van dossiermateriaal. Het betrof afgesloten behandelingsprocessen. Het voor programma-evaluatie belangrijke aspect van tussentijdse feedback zou daarom niet mogelijk zijn. Het onderzoek zou veeleer retrospectief, descriptief en exploratief van aard zijn. Daarnaast zou de onderzoekspopulatie klein zijn en op een bepaalde wijze geselecteerd worden: veertig mannelijke voormalige ter beschikking gestelden die in één kliniek, de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, waren opgenomen geweest. Zij waren uit deze kliniek vertrokken in de jaren 1980 tot en met 1984. Twintig van hen hadden de kliniek in het kader van proefverlof verlaten en de andere twintig hadden de kliniek zonder proefverlof verlaten nadat de rechter tegen het advies van de kliniek in de terbeschikkingstelling niet had verlengd. De eerste groep is in

het onderzoek verder aangeduid als 'proefverlofgangers' en de tweede als 'niet-proefverlofgangers'. Over hen zouden tevens recidive-gegevens worden verzameld nadat hun terbeschikkingstelling tenminste drie jaar daarvóór was beëindigd. De keuze voor een onderzoekspopulatie van proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers geschiedde op grond van de veronderstelling dat in deze tweedeling het best verschillen tussen juridische en therapeutische opvattingen tot uitdrukking zouden komen.

Van de onderzoekspopulatie zouden uit de kliniekdossiers relevante gegevens verzameld worden over de voorgeschiedenis en de verblijfsperiode. De geschiedenis van iedere geselecteerde terbeschikking gestelde zou worden neergelegd in een casusbeschrijving van acht tot tien pagina's, samengesteld volgens een vaste structuur. Deze geanonimiseerde descripties zouden worden voorgelegd aan personen afkomstig uit verschillende disciplines. Aan hen zou een evaluatief oordeel over allerlei aspecten worden gevraagd. De keuze van deze beoordelaars werd ingegeven door de in het eerste hoofdstuk beschreven verschillen in optiek: de juridische en de gedragkundige. Vertaald naar de praktijk waarin diverse disciplines bij de terbeschikkingstelling zijn betrokken - hetzij in een 'adviserende' rol hetzij in een 'beslissende' rol - zou elke casus worden voorgelegd aan vier verschillende beoordelaars: twee juridisch geschoolden (een rechter en een advocaat) en twee gedragkundig geschoolden (een pro justitia rapporterende forensisch psychiater/psycholoog en een behandelaar uit de forensisch psychiatrische kliniek in het onderzoek). Het oordeel van de onderzochte voormalige terbeschikking gestelden zou een waardevolle aanvulling kunnen betekenen. Voormalige delinquenten interviewen is geen vanzelfsprekende zaak. Voor- en nadelen van het benaderen van oud-patiënten ten behoeve van een vraaggesprek zijn in dit hoofdstuk uiteengezet. Ten gunste van een interview pleitten de ervaringen opgedaan met een soortgelijk interview met oud-patiënten van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek tijdens een eerder gehouden follow-up onderzoek.

In het **derde hoofdstuk** is de uitvoering van het onderzoek beschreven. Als instrumenten werden onderscheiden: de codelijsten voor het verzamelen van basis- en criminaliteitsgegevens, de casusbeschrijvingen, de vragenlijst voor de beoordeling van de casusbeschrijvingen en de vragenlijst voor het interview met de oud-patiënten.

De basisgegevens over de onderzochte terbeschikking gestelden werden betrokken uit het door de kliniek bijgehouden dossier. Het betrof persoonsgegevens, gegevens over de terbeschikkingstelling, over de behandelingsperiode in de kliniek, over de situatie bij vertrek uit de kliniek en over de periode na het vertrek. Recidive-gegevens na beëindiging van de terbeschikkingstelling werden met toestemming van de minister van Justitie aan het Justitiële Documentatieregister ontleend. Deze bevatten uiteraard uitsluitend geregistreerde criminaliteit, dat wil zeggen processen-verbaal en de beslissingen van de officier van justitie en de rechter.

Er werd een vorm ontworpen waarin de descripties van de onderzochte terbeschikkingstellingen zou worden gegoten. De casusbeschrijvingen vormden een belangrijk instrument omdat zij de basis zouden vormen voor de beoordelingen door de professionals. Als bron voor de casusbeschrijvingen werd vooral een aantal kerndocumenten uit de kliniekdossiers gebruikt. De uiteindelijke descripties kenden een consistente structuur en bevatten informatie over de voorgeschiedenis, de oplegging van de terbeschikkingstelling, de opname in de behandelingskliniek, het verlaten van de behandelingskliniek en de beëindiging van de maatregel. Teneinde het oordeel van de beoordelaars over effecten van de behandeling niet te laten beïnvloeden door eventuele recidive-gegevens uit de periode

na de beëindiging van de maatregel, werden deze niet in de beschrijvingen opgenomen. Bijzondere zorg werd besteed aan het anonimiseren van de casusbeschrijvingen.

Aan de hand van de in de probleem- en vraagstelling opgeworpen themata werd een vragenlijst ontworpen en beproefd waarmee een evaluatief oordeel kon worden verkregen. In het hoofdstuk wordt voorts verslag gedaan van de manier waarop de benodigde twintig beoordelaars uit de vier geselecteerde disciplines werden benaderd. Iedere beoordelaar kreeg acht casus ter beoordeling voorgelegd. Het gelukte alle 160 beoordelingen binnen een redelijke termijn retour te ontvangen.

Op zorgvuldige wijze werd het interview met oud-patiënten voorbereid. Bij de samenstelling van de vragenlijst voor een gestructureerd interview werd gezocht naar een combinatie van items uit het interviewdeel van het eerder genoemde follow-up onderzoek en de evaluatieve aspecten die met name in het onderhavige onderzoek van belang zijn. Uiteindelijk konden achttien van de veertig in het onderzoek betrokken oud-patiënten worden geïnterviewd. De interviews werden in het kader van laag-drempelige opzet en in aansluiting op de werkwijze in de kliniek afgenomen door vier ervaren (oud-)stafleden van de kliniek en de onderzoeker zelf.

Het vierde hoofdstuk bevat een beschrijving van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Het feit dat alle in het onderzoek betrokken voormalige ter beschikking gestelden ten behoeve van de intramurale behandeling in deze forensisch psychiatrische kliniek opgenomen waren geweest, maakte een kennismaking met de achtergronden en werkwijze gewenst. Het behandelingsconcept kan worden aangeduid als een klinische psychotherapeutische behandeling, waarbij het dagelijks leefklimaat in en buiten de leefgroep belangrijk is. Door de pedagogische en trainingsmogelijkheden die dit klimaat biedt en met behulp van allerlei individueel geïndiceerde behandelingsactiviteiten kan de patiënt vaardigheden leren die nodig zijn om zich in de samenleving te handhaven zonder een voor anderen gevaarlijk gedragspatroon. Aan de patiënten wordt zoveel mogelijk verantwoordelijkheid gegeven en het sociale netwerk wordt in de behandeling betrokken. De benadering van de patiënt is 'client-centered', maar niet non-directief, doch gestructureerd.

Voorts zijn vier korte beschrijvingen opgenomen om het verloop van terbeschikkingstellingen te illustreren, ontleend aan de casusbeschrijvingen die ten behoeve van het onderzoek waren gemaakt.

Het grootste deel van het hoofdstuk bestaat uit de bespreking van kenmerken van de onderzoekspopulatie als eerste deel van de onderzoeksbevindingen. Het betreft enkele achtergrondgegevens met betrekking tot afkomst, opleiding, criminaliteit vóór, tijdens en na de terbeschikkingstelling, alsmede gegevens met betrekking tot opneming, behandeling en vertrek uit de kliniek. Tevens zijn enkele kenmerken en veranderingen in de totale populatie van (voormalige) ter beschikking gestelden besproken. In een betrekkelijk korte periode blijken de achtergronden van de ter beschikking gestelden te zijn veranderd. Gelet op de aard van de opleggingsdelicten valt deze verschuiving ook ten aanzien van de onderzoekspopulatie waar te nemen. De meeste gevallen werden opgelegd en beëindigd in de periode van 1975 tot 1984. Er zijn in de onderzochte periode nog relatief veel terbeschikkingstellingen opgelegd in verband met vermogenscriminaliteit. Tien tot vijftien jaar later is deze groep aanzienlijk kleiner geworden. Het ging in casu om elf opleggingen wegens een agressief delict, om zestien wegens een seksueel delict en om dertien vermogensdelicten. De onderhavige populatie is representatief te noemen voor de proefverlofgangers respectievelijk niet-proefverlofgangers uit de jaren waarin de onder-

zochten uit de kliniek zijn vertrokken, maar niet voor de totale groep ter beschikking gestelden uit die jaren.

De gegevens laten in een aantal opzichten een betrekkelijk gunstig beeld zien van de proefverlofgangers, wier terbeschikkingstelling na een geleidelijk afgebouwde begeleiding tot een einde kwam. Bij hen is bijvoorbeeld vóór minder vaak sprake geweest van contacten met de intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg dan bij de niet-proefverlofgangers. Ook wordt in mindere mate alcohol en/of druggebruik genoemd. Ten aanzien van de aan de maatregel voorafgaande criminaliteit van de proefverlofgangers is te constateren dat zij minder processen-verbaal kregen opgelegd, minder vonnissen, minder boetes, minder vaak vrijheidsstraffen die ook van kortere duur waren. Na beëindiging van de terbeschikkingstelling zijn tegen proefverlofgangers minder processen-verbaal opgemaakt en zijn zij minder vaak tot een vrijheidsstraf veroordeeld. Hoewel de algemene recidive van de onderzoeksgroep relatief hoog is, is zeer ernstige recidive geconstateerd bij twee proefverlofgangers en vier niet-proefverlofgangers. Hierbij wordt uitgegaan van een proces-verbaal voor een zeer ernstig misdrijf, nog afgezien van de manier waarop justitie heeft gereageerd.

Het **vijfde hoofdstuk** beschrijft de resultaten van de analyse van de beoordelingen door de vier beoordelaarsgroepen: de rechters, de advocaten, de gedragsdeskundigen en de behandelaars.

Een meting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is niet goed mogelijk geweest, omdat elke casus slechts door één beoordelaar uit elke discipline was beoordeeld. Wel kan gezegd worden dat de vier disciplines zich in vergelijkbare mate in staat te achten op grond van de gepresenteerde gevalsbeschrijvingen de in de vragenlijst opgeworpen vragen te beantwoorden.

Met behulp van enkele statistische technieken zijn de beoordelingen met elkaar in verband gebracht. Er blijken dan twee indelingen mogelijk.

In de eerste plaats is een indeling in drie categorieën mogelijk naar de mate van overeenstemming of verschil. In de eerste categorie vallen aspecten waarover de vier disciplines het niet alleen statistisch gemiddeld met elkaar eens zijn, maar ook op het individuele casus-niveau. Binnen de beoordeelde subjecten - de casus - kennen zij per aspect eenzelfde rangordening toe van bijvoorbeeld 'zeer gunstige' tot 'zeer ongunstige' gevallen. In het onderhavige onderzoek wordt deze categorie 'eens, met gelijke rangorde' genoemd. Tot de tweede categorie behoren aspecten waarover de beoordelaars het statistisch gemiddeld met elkaar eens zijn, maar op het individuele casus-niveau niet. Dit betekent dat de casus door de disciplines verschillend worden gewogen. Dit wordt 'eens, met ongelijke rangorde' genoemd. In de derde categorie komen aspecten voor waarover de vier beoordelaarsgroepen het onderling niet met elkaar eens zijn; in het onderzoeks-materiaal blijkt dat steeds 'met gelijke rangorde' te zijn.

In de tweede plaats is een indeling mogelijk naar de inhoudelijke kant van de beoordeelde aspecten: de kwaliteit van de casusbeschrijvingen, de besluitvorming vóór en tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel, de intra- en extramurale behandelingsperiode en de effecten van de maatregel als geheel en van de behandeling in het kader van die maatregel.

De vier beoordelaarsgroepen hebben het informatiegehalte van de beknopte en samenvattende casusbeschrijvingen over het algemeen voldoende gevonden.

Ten aanzien van verschillende aspecten blijken er overeenkomsten en verschillen bestaan in het oordeel achteraf. Met betrekking tot de besluitvorming vóór en tijdens de maatregel valt op dat de advocaten het duidelijk minder vaak eens zijn met de oplegging van de terbeschikkingstelling en over de combinatie met gevangenisstraf dan de overige beoordelaars. Ook met de verlengingsadviezen zijn de advocaten het minder vaak eens dan de anderen. Alle disciplines zijn het gemiddeld genomen eens met de verlengingsbeslissingen maar per casus lopen de oordelen uit elkaar. Over een groot aantal aspecten, met name over het handelen van de behandelingskliniek en over meer algemene effecten van de maatregel en de behandeling, zijn zij het volledig met elkaar eens. Over andere aspecten, met name behandelingsaspecten in engere zin en over meer specifieke behandelingseffecten van de maatregel en de behandeling, zijn zij het op het individuele niveau niet eens. Het gemiddeld oordeel over de maatregel als zodanig, over de besluitvorming tijdens de tenuitvoerlegging en over de behandelingsinspanningen is overwegend positief. Over effecten van de maatregel en de behandeling (vooruitzichten bij vertrek uit de kliniek, kans op recidive en de ernst van recidive) is het gemiddelde oordeel niet uitgesproken duidelijk: het beweegt zich tussen gunstig en ongunstig, tussen hoog en laag.

Helaas konden maar achttien van de veertig in het onderzoek opgenomen oud-patiënten worden geïnterviewd. Dit heeft uiteraard gevolgen gehad voor de interpretatie van de interviewgegevens. De gegevens uit de interviews zijn daarom vooral in descriptieve vorm weergegeven.

Als geïnterviewden worden vergeleken met niet-geïnterviewden blijken er geen significante verschillen te zijn wat betreft criminaliteit. Onder de geïnterviewden bevinden zich relatief veel oud-patiënten die wegens een seksueel delict ter beschikking waren gesteld.

De helft is het eens geweest met de oplegging, maar niet met de combinatie met een vrijheidsstraf. Naarmate de maatregel langer duurt zijn zij het minder eens geweest met de verlenging ervan.

Meer dan de helft van de geïnterviewden vindt dat destijds behandeling nodig was geweest. De behandelingsmotivatie is over het algemeen wisselend geweest. Vooral de proefverlofgangers hebben volgens hun opgave geprofiteerd van de leefgroep als behandelingsmiddel. Een derde deel van de geïnterviewden is ook opgenomen geweest op de afdeling voor individuele en intensieve behandeling; de meerderheid van hen oordeelt daar gunstig over. De volgende behandelingsactiviteiten kenden de grootste deelname en een (zeer) positieve waardering kregen, kunnen genoemd worden: onderwijs, arbeidstraining, sport en lidmaatschap van commissies. Ook individuele psychotherapie en muziek scoren hoog. De deelname aan andere activiteiten wordt overwegend positief gewaardeerd. Bij veel behandelingen zijn familieleden en andere relaties betrokken geweest, hetgeen de oud-patiënten over het algemeen gunstig beoordelen. De voorbereiding op het proefverlof vinden alle proefverlofgangers redelijk tot goed. Dat vinden zij ook van de begeleiding door de reclassering.

Praktisch alle respondenten zijn redelijk tot heel tevreden over hun huidige situatie, hun sociale contacten, hun werk, hun vrijetijdsbesteding en hun huisvesting. De opgave van de respondenten over de delicten die zij na het vertrek uit de kliniek hebben gepleegd stemt overeen met de gegevens uit het Justitiële Documentatieregister.

De meesten zeggen redelijk tot veel bereikt te hebben van wat zij zich ten doel hadden gesteld. De proefverlofgangers oordelen hierover positiever dan de niet-proefverlofgangers. Ook bij het aangeven van veranderingen bij het vergelijken van de situatie

vóór en ná de terbeschikkingstelling geven de proefverlofgangers onder de geïnterviewden een positiever beeld, hoewel allen vinden dat er verandering in gunstige zin heeft plaatsgevonden. Waardoor verandering is opgetreden wordt verschillend beoordeeld: een deel noemt behandelingsaspecten, een ander deel noemt de eigen inspanning en weer een ander deel kent groot gewicht toe aan het contact met relaties. Het onvrijwillige karakter van de opneming in de kliniek en het gestructureerde kader wordt door de proefverlofgangers significant gunstiger beoordeeld dan door de niet-proefverlofgangers.

De oordelen van de vier beroepsgroepen en die van de geïnterviewde oud-patiënten zijn, voor zover mogelijk, ook met elkaar in verband gebracht. Ten aanzien van een aantal aspecten treedt geen wijziging op in de indeling volgens de drie bovengenoemde categorieën. Bij een aantal andere doen zich door de toevoeging van de oordelen van de oud-patiënten verschuivingen voor. De oud-patiënten oordelen in meer negatieve zin over beslissingen die tijdens de terbeschikkingstelling zijn genomen, zoals de oplegging zelf, het onvrijwillige kader en de verlengingsbeschikkingen. Over het verloop na het vertrek uit de kliniek en gedragsveranderingen oordelen de oud-patiënten over het algemeen gunstiger dan de professionele beoordelaars.

In het **zesde hoofdstuk** zijn enerzijds verbanden onderzocht tussen voorspellende en andere oordelen van de beoordelaars en de werkelijke recidive, alsmede verbanden tussen die oordelen en de wijze van vertrek uit de behandelingskliniek. Anderzijds is nagegaan of er variabelen zijn die recidive en de wijze van vertrek enigermate kunnen voorspellen. Zoals gezegd waren de beoordelaars niet op de hoogte van eventuele recidive.

Met name de gedragsdeskundigen en de behandelaars blijken redelijk in staat geweest te zijn recidive in de een of andere recidive-maat te voorspellen. Het voorspellen van de ernst van eventuele recidive lijkt moeilijker. De evaluerende beoordeling van een aantal aspecten correleert bij verschillende disciplines eveneens significant met diverse recidive-criteria. De bijdrage van de behandeling aan het doel van de terbeschikkingstelling wordt bijvoorbeeld groter geacht bij degenen die niet opnieuw zijn veroordeeld wegens een misdrijf.

Tevens is nagegaan of de vier disciplines in hun oordeel onderscheid hebben gemaakt tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers. Op tal van evaluatie- en predictie-aspecten blijken de beoordelaars inderdaad significante verschillen waargenomen te hebben tussen proefverlofgangers en niet-proefverlofgangers.

Met een aantal variabelen met betrekking tot de psycho-sociale en criminele voorgeschiedenis en de periode van de terbeschikkingstelling blijkt een redelijke voorspelling van recidive mogelijk, alsmede van de mate van ernst. In het algemeen geldt dat recidive wordt voorspeld naar mate de voorgeschiedenis 'ongunstiger' is, dat wil zeggen dat de persoon in kwestie bijvoorbeeld meermalen tot (voorwaardelijke) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen is veroordeeld. Weinig voorwaardelijke veroordelingen vooraf en een actieve deelname aan de arbeidstraining in de kliniek blijken goede voorspellers voor het achterwege blijven van algemene recidive, ongeacht de afdoening. Een relatief korte terbeschikkingstelling, betrekkelijk snel buitenwerk en intensieve gezinsbehandeling voorspellen onder andere dat iemand niet opnieuw veroordeeld zal worden tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf.

Tevens is onderzocht of dezelfde variabelen kunnen voorspellen op welke wijze de onderzochte ter beschikking gestelden de kliniek verlaten: met proefverlof of zonder

proefverlof nadat de terbeschikkingstelling tegen het advies van de kliniek door de rechter niet is verlengd. Een redelijke voorspelling van proefverlof blijkt mogelijk met de volgende gegevens: weinig processen-verbaal wegens agressieve delicten, weinig langdurige ongeoorloofde afwezigheden, begeleiding door de reclassering en redelijke intensieve contacten ten tijde van het vertrek uit de kliniek.

Aan de gevonden voorspellende variabelen en de bijbehorende voorspellingsniveaus kan geen absolute waarde worden gehecht, omdat deze uiteraard zijn gebaseerd op de onderzochte populatie. Een anders samengestelde populatie zal ongetwijfeld andere variabelen opleveren met andere kansniveaus. De uiteenzetting in dit hoofdstuk heeft vooral tot doel gehad de methodiek van voorspellingsmodellen en van het leggen van andere verbanden aan te geven.

In het **zevende hoofdstuk** is nagegaan in hoeverre de onderzoeksvragen op grond van de resultaten beantwoord kunnen worden. Geconcludeerd wordt dat het mogelijk is gebleken veertig casusbeschrijvingen samen te stellen die als basismateriaal bleken te voldoen voor een evaluerende beoordeling door vier professionele deskundigen. Als aanvulling hierop is het eveneens mogelijk gebleken evaluerende oordelen van achttien van de onderzochten te verkrijgen. De benadering van de beoordelaars en de oud-patiënten verliep zonder noemenswaardige problemen. De ten behoeve van de beoordelingen en van de interviews ontwikkelde vragenlijsten voldeden aan het beoogde doel.

Uit de beoordelingen van de vier disciplines wordt geconcludeerd dat zij het over een groot aantal algemene aspecten met betrekking tot het verloop van de terbeschikkingstelling eens zijn. Over meer specifieke aspecten lopen de meningen op het casus-niveau uiteen. De hypothese dat de juridisch georiënteerde beoordelaars het beveiligingsaspect vooral zouden benadrukken en de gedragskundig georiënteerde beoordelaars meer het behandelingsaspect, wordt door de resultaten niet gesteund. Als het gaat om de noodzaak tot oplegging en verlenging van de maatregel lijken de advocaten wel vanuit hun specifieke beroepsoptiek te redeneren, maar dat is bij andere aspecten niet het geval. Het oordeel van de vier disciplines is gunstiger over de proefverlofgangers dan de niet-proefverlofgangers. Van de geïnterviewde oud-patiënten hebben ook de proefverlofgangers het meest gunstige oordeel. De gedragsdeskundigen en de behandelaars blijken het beste algemene recidive te kunnen voorspellen, het voorspellen van de ernst van recidive is ook voor hen moeilijker.

Ten aanzien van het achterhalen van doeleinden die met de oplegging van de onderzochte terbeschikkingstellingen zijn beoogd, luidt de conclusie dat dit op het individuele niveau van de casus niet goed mogelijk was. Wel kan gesteld worden dat doeleinden meer impliciet dan expliciet terug te vinden waren. Uit het onderzoeksmateriaal konden ook geen nieuwe normen en criteria worden afgeleid die gebruikt zouden kunnen zijn om het bereiken van doeleinden te toetsen. Het hanteren van recidive-criteria kwam uiteindelijk toch het meest in aanmerking. Een voorkeur wordt uitgesproken voor het gebruik van het zogenaamde zwaarte-criterium omdat daarbij de aard en de ernst van de recidive het best tot uiting komt. Ook het bereiken van proefverlof kan als criterium worden gebruikt. Uit het dossieronderzoek is wel een algemeen beeld naar voren gekomen over het gebruik van de behandelingsmiddelen maar niet over de koppeling met gediagnostiseerde problematiek en behandeldoeleinden. Het was moeilijk om achteraf de doeleinden vast te stellen en om de behandelprocessen systematisch te volgen. Gevoegd bij het ontbreken van algemeen



geaccepteerde beoordelingsmaatstaven had dit tot gevolg dat geen definitieve uitspraak kan worden gedaan of de doeleinden die met de onderzochte terbeschikkingstellingen waren beoogd, ook zijn bereikt.

Aan de hand van het dossiermateriaal, de beoordelingen, de interviews en de recidivegegevens zijn de onderzochte terbeschikkingstellingen geëvalueerd. De betrokken instanties hebben zorgvuldig gehandeld. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er veranderingen in gunstige zin hebben plaatsgevonden, zij het niet in alle gevallen in gelijke mate. Proefverlofgangers lijken er in veel opzichten gunstiger voor te staan dan niet-proefverlofgangers, zowel wat betreft de behandelingseffecten en de vooruitzichten na afloop als de kans op recidive. Uitgegaan van de aard van recidive ligt in de totale onderzoeksgroep de recidive met zeer ernstige misdrijven op 15%. Bij de niet-proefverlofgangers is dit percentage hoger. De uitkomsten kunnen echter niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar de huidige populatie ter beschikking gestelden gezien de niet-representatieve samenstelling van de onderzoekspopulatie. Op grond van een aantal variabelen blijkt een redelijke voorspelling mogelijk van de manier waarop een einde komt aan de maatregel en van het vóórkomen van recidive.

In het slothoofdstuk wordt geëvalueerd in hoeverre de ontwikkelde onderzoeksmethodiek aan de verwachtingen voldeed. Het doel van het onderzoek was een exploratieve poging een veertigtal terbeschikkingstellingen te evalueren. De daartoe ontwikkelde methode van onderzoek had kenmerken van de methodiek van programma-evaluatie. Van meet af aan kende deze onderzoeksopzet beperkingen die tot aanpassingen noopten. Een belangrijke rol hierbij speelde het feit dat de doelformuleringen en de criteria globaal waren. De retrospectieve aanpak betekende voorts dat betrekkelijk veel gegevens ontbraken en dat de bestudeerde programma's - de terbeschikkingstellingen - afgesloten waren en niet meer bijgestuurd konden worden. Geconcludeerd wordt dat het ontwikkelde evaluatiemodel opnieuw gebruikt kan worden. Behoudens verbetering van de ontwikkelde meetinstrumenten zal voor een succesvolle herhaling op zijn minst verbetering van de kwaliteit van de verslaglegging van het behandelingsproces noodzakelijk zijn. Explicitering van doeleinden is daarbij een voorwaarde.

Hierna wordt een schets gegeven van een ander - theoretisch ideaal -model dat op het micro-niveau van de toepassing en uitvoering van de individuele terbeschikkingstelling uitgaat van een systematisch toegepaste procesevaluatie en registratie daarvan. Op deze wijze kan een programma-evaluatieve begeleiding van het gehele proces van een terbeschikkingstelling tot ontwikkeling komen: de fasen van de oplegging, de selectie naar een behandelingskliniek, de behandeling zelf en de beëindiging. Er zal een geschikt arsenaal van meetinstrumenten dienen te worden samengesteld. Systematische vastlegging van behandelingsdoelen, -plannen en -uitvoering is hierbij noodzakelijk. Andersoortig evaluatief en fundamenteel onderzoek op het gebied van de forensische psychiatrie dient eveneens te worden bevorderd.

Het hoofdstuk wordt besloten met een aantal aanbevelingen ten aanzien van de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling. Het belang van een geleidelijke overgang van intramurale behandeling naar extramurale begeleiding wordt benadrukt. Een nauwe samenwerking tussen forensisch psychiatrische instituten en vervolgvoorzieningen in de GGZ is geïndiceerd. De veranderende samenstelling van de populatie ter beschikking

gestelden maakt het noodzakelijk dat sommige ter beschikking gestelden (nog) geruime tijd psycho-sociale en psychiatrische zorg behoeven. De aanbeveling wordt gedaan in de wet de verplichting op te nemen dat bij elke terbeschikkingstelling een extramurale fase dient te worden gerealiseerd. Een goede communicatie en samenwerking tussen de betrokken disciplines, waaronder met name ook de reclassering, is noodzakelijk.

De bereidheid van de rechter de terbeschikkingstelling te prolongeren kan worden bevorderd door het openbaar ministerie en de rechter intensiever te betrekken bij de tenuitvoerlegging van de maatregel. Elke beslissing die een wezenlijke verandering impliceert in de tenuitvoerlegging van de maatregel, zoals overplaatsing, proefverlof en beëindiging, zou steeds ter flatering aan de rechter moeten worden voorgelegd. Aanvang en einde van elke vrijheidsbeneming en -beperking verdienen een rechterlijke beslissing. De rechter zou over meer gedifferentieerde mogelijkheden dienen te beschikken dan thans het geval is: verlengen of beëindigen. De aanbeveling houdt een pleidooi in voor een verruiming van de bevoegdheden van de rechter als executierechter.

Verbetering van de kwaliteit van (verlengings)adviezen met meer gemotiveerde uitspraken over behandelingsprognoses en risico van delicttherhaling is noodzakelijk zodat de rechter zijn toetsingstaak optimaal kan verrichten. Een verbeterde communicatie en samenwerking tussen rechter en forensische deskundigen is van belang voor een goede afweging van de elementen beveiliging, behandeling en rechtspositie van betrokkenen.

Tenslotte wordt aanbevolen de nodige inspanningen te richten op verbetering van kwaliteit van de forensisch psychiatrische zorg: verbetering van diagnostiek en differentiatie naar behandelingsbehoeften, evaluatie-onderzoek naar het functioneren van behandelmethoden en naar de effectiviteit van behandelplannen en -programma's. De maatschappij wenst, mede gezien de investering in geld en tijd, terecht te weten welke inspanningen, en met welk resultaat, worden verricht ten behoeve van delinquenten wier gedrag ernstige risico's met zich meebrengt. In het bijzonder valt hier te denken aan slachtoffers en hun relaties. Ook de ter beschikking gestelde maakt er aanspraak op geïnformeerd te zijn over de effectiviteit en de kwaliteit van het forensisch psychiatrische werk. Daarom verdient ook de terbeschikkingstelling een plaats in de huidige discussie over 'kwaliteit van zorg' en 'zorg op maat' in de gezondheidszorg.

## SUMMARY

In **Chapter one** the relevant problems and questions are expounded. The penal measure of committal to a forensic mental hospital (TBS-order; in Dutch: terbeschikkingstelling - tbs) is characterized by specific aspects: on the one hand it represents a tool of criminal law, aiming at protecting society by means of treatment; and on the other hand it comprises a framework in which important tasks and powers have been assigned to behavioural disciplines. The character of the TBS-order as a tool of criminal law implies, unlike in common criminal law, that it does not concern itself with guilt or retribution. On account of his psychical disturbance an offender can be held only partly or not at all responsible for a punishable act. At present it concerns predominantly offences with a violent nature.

In the course of time the legislator has formulated purposes of this measure in different ways. The current and the forthcoming legislation more explicitly mentions a narrower connection between the aspects of protection, treatment and legal position of the patient, elements between which tensions may arise from time to time.

Also in the professional literature the accents in formulating the purposes of TBS are alternatively laid on the aspect of protection or of treatment.

Therapists formulate the objective of the measure as an offering of adequate means of treatment in order to reduce the risks posed to society to acceptable proportions. A distinction is made between nursing care and treatment. The patient is not permitted to withdraw from the judicial obligation of admission to a hospital, but he has the right to refuse treatment itself.

So far the knowledge about functioning, effectiveness and efficiency of the measure has remained retrospective and fragmentary. Evaluation research has been carried out chiefly as effect evaluation, in which notably relapse into crime is applied as the criterion. This research indicates, among other things, that the composition of the population has changed over the years. About half of the persons having formerly been placed in the TBS-system have been sentenced again, about one fifth for serious recidivism. Process evaluation directed at aspects of treatment itself has chiefly been carried out in descriptive and casuistic studies.

It has been ascertained as problem that the enforcement and effectuation of the TBS-order are not systematically evaluated. Such an evaluation is hampered by a lack of a scientifically liable and empirically checked evaluation methodology. One of the difficulties is observed in a divergence in the prevailing notions as to the intended aims of this measure and also about the criteria that could be applied for the assessment of achieving these aims.

The study is specifically directed at the form of TBS in which intramural nursing care is enforced. It is set forth that the object of the study is to obtain insight into the functioning of the TBS-order: to what extent can this measure in its concrete application

be called effective? What aims are set and are these indeed realized? By means of an empirical retrospective study it will be endeavoured to achieve a retrospective judgement of a number of TBS-cases by a panel of representatives of the involved disciplines. The investigated former patients will be asked to give their opinion too. In view of the involvement of different disciplines, in particular those representing the juridical or the behavioural orientation, it has been assumed that there will emerge differences in accentuation which can be related to the two characteristic aspects of TBS, namely the protection of society and the treatment aspects. In consideration of the central question, a number of research questions have been formulated. On the basis of the experience with the applied evaluation model it will be possible to make recommendations for future evaluation research.

The relevance of the research is accentuated by the increasing (inter)national oriented attention for the aspects of this form of treatment in an involuntary context from the point of view of the quality and of the legal position. Those who are submitted to the TBS-order as well as those who are professionally involved with the regulation and the enforcement of the measure will benefit by a greater insight into its functioning and will have a certain interest in a workable evaluation methodology.

**Chapter two** describes the research method employed in the present study. To start with, it is established that the legislator has not provided a systematical evaluation of the efficacy of penal sanctions in general and neither of TBS-orders.

The measure comprises a process in which numerous events, recommendations and decisions play a role; various phases can be distinguished before a TBS comes into effect, whereas also during its implementation several phases are gone through until the measure has been finalized. The whole process is to be considered as a 'programme'. The study centres around the question whether the TBS-programme functions conform to its intended purposes and in what way. The interest in the study concerns the entire process of a TBS-order: what decisions are being made, by whom and with what consequences? The study is therefore to be characterized as process evaluation, such in contrast to effect evaluation, which compares effects from various 'programmes' between themselves. The development of the study design has utilized the model of programme evaluation as derived from the comparable setting within the mental health care. Programme-evaluative research is practice-oriented evaluation research which purports to ascertain a programme's value by comparing that programme's effects with beforehand determined objectives.

From the outset practical considerations necessitated a research design which would be widely at variance with programme evaluation proper. Important restrictions were the retrospective character of the design and the use of file material. The study concerns meanwhile concluded treatment processes. The interim feedback, such an important aspect of programme evaluation, would therefore be impossible. The study would rather be retrospective, descriptive and explorative in character. In addition the research-population would be small and be selected in a certain way: forty male former TBS-patients who had been admitted in one hospital - the Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. They had left this hospital during the years 1980 through 1984. Twenty of them had left the hospital on probationary leave and the other twenty had left without probationary leave, after the judge had not extended their TBS, this against the hospital's advice. The first group has been designated in the study as 'probationers' and the second as 'non-probationers'. About them would also be collected data relating to their possible recidivism after their

measure had been ended for at least three years. The choice of a research-population comprising both probationers and non-probationers was based on the assumption that this dichotomy would best express the differences between legal and therapeutic conceptions.

From the clinical files of the research-population relevant data pertinent to previous history and period of stay would be culled. Each selected TBS-patient's history would be recorded in a case description eight to ten pages long, compiled according to a fixed structure. These anonymized descriptions would be submitted to persons from various disciplines. They would be asked for an evaluative judgment of all sorts of aspects. The selection of these assessors was inspired by the differences in points of view described in the first chapter: the juridical and the behavioural ones. Translated in terms of practice in which several disciplines are involved with TBS, either in an 'advisory' or in a 'decisive' role, each case would be submitted to four different assessors: two legal professionals (a judge and a lawyer - legal adviser to the defendant) and two behavioural professionals (a forensic psychiatrist/psychologist and a therapist/staff member from the forensic mental hospital in the study). The appraisal by the examined previous TBS-patient could mean a valuable addition. Interviewing ex-delinquents is no matter of course. Pros and cons of approaching former patients for the purposes of an interview have been set forth in this chapter. In favour of such an interview spoke the experiences gained in a similar interview with ex-patients of the Dr. Henri van der Hoeven Kliniek held during an earlier follow-up survey.

In **Chapter three** the implementation of the research study is described. As instruments were distinguished: the code-lists for the collection of basic and crime data, the case descriptions, the questionnaire for the assessment of the case descriptions and the questionnaire for the interview with the ex-patients.

The basis data of the investigated TBS-patients were collected from files kept by the hospital. These concerned personal data, data about the TBS-order, about the period of treatment in the clinic, about the situation at the time of leaving the hospital, and about the period after that time. Recidivism-data about the period after the termination of the TBS-order were, by permission of the Minister of Justice, obtained from the Judicial Documentation Registry. These contain of course only data relating to registered crimes, which means police reports and the decisions of the public prosecutor and the judge.

A form to cast the descriptions of the examined TBS-cases was designed. The case-descriptions denoted an important tool because these were to form the basis for the assessments by the professionals. Mainly major documents in the clinical files were used as sources for the case-descriptions. The final descriptions were characterized by a consistent structure and contained information on previous history, the TBS-order, admission in the treatment centre, departure from the hospital and the termination of the measure. In order to prevent judgment of the assessors on the effects of the treatment from being influenced by possible recidivism- data from the period after the termination of the measure, these were not included in the descriptions. Special care was spent on the anonymization of the case-descriptions.

On the basis of the themes posed in the formulation of the problems and questions, a questionnaire was designed and tested with which an evaluative opinion could be obtained. In this chapter moreover, a report is given on the manner in which the required twenty assessors from the four selected disciplines were approached. Each assessor was given eight cases to evaluate. It was possible to receive all 160 evaluations back within a reasonable term.

The interviews with the ex-patients were prepared carefully. In compiling the questionnaire for a structured interview, a combination of items from the interview-part of the previously mentioned follow-up study and the evaluative aspects which are particularly important in the present study was searched for. Finally, eighteen from the forty ex-patients examined in the study could be interviewed. The interviews were, at an accessible level and in keeping with clinical procedures, conducted by four experienced (ex-)staff-members from the hospital and by the researcher himself.

**Chapter four** presents a description of the Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in Utrecht. The fact that all the former TBS-patients involved in the present study had been admitted to this forensic mental hospital for their intramural treatment, made some acquaintance with its backgrounds and procedures desirable. The concept of treatment can be typified as a clinical psychotherapeutic treatment which is characterized by a daily living climate in and outside the living-group. Through the pedagogic and educational possibilities offered by this climate, and with the help of all types of individually indicated treatment-activities, the patient can acquire the skills which will be necessary for him to hold his own in society without a pattern of behaviour that is dangerous to others. Patients are given responsibilities as much as possible and the social network is involved in the treatment-process. The approach of the patient is 'client-centered', however, not non-directive but structured.

Furthermore four short descriptions are included to illustrate the course of TBS-orders, derived from the case-descriptions which had been made on behalf of this study.

The main part of the chapter consists of the discussion of characteristics of the research-population as first part of the research findings. It concerns some background data concerning personal origin, education, criminal behaviour before, during and after the TBS-term, as well as data concerning admission, treatment and departure from the hospital. Moreover some characteristics and changes in the total population of (former) TBS-patients have been discussed. Within a relatively short period the backgrounds of the TBS-patients appear to have changed. With a view to the nature of the offences on account of which TBS is imposed, this shift can also be observed with regard to the research-population. Most cases were imposed and terminated during the period 1975 through 1984. During the studied period relatively many TBS-orders were still issued in connection with crime against property. Ten to fifteen years later this group has considerably diminished. In this study it was about eleven impositions for an aggressive crime, sixteen for a sex-crime and thirteen for a property-crime. The investigated population can be called representative for the probationers, respectively the non-probationers from the years in which the examined ex-patients have left the hospital, but not for the total population of TBS-patients in those years.

In a number of respects the data present a relatively favourable picture of the probationers after a gradually diminishing supervision. For example, before TBS they have had less contacts with intramural and extramural mental health care than the non-probationers. Also to a lesser degree, abuse of alcohol and/or drugs is mentioned. As regards pre-measure crime-rate among the probationers it can be observed that fewer charges had been brought against them and that they received fewer sentences, fewer fines, less often imprisonment, which was also of shorter duration. After the termination of their TBS fewer charges have been brought against the probationers and they have also less often received prison sentences. Although the general recidivism-rate among the research-group is relatively high, very serious recidivism is observed in the case of two

probationers and four non-probationers. This is based on a charge for a very serious crime, still apart from the way in which the courts have reacted.

**Chapter five** describes the results of the analysis of the judgments by the four assessment-groups (the judges, the lawyers, the behavioural experts and the therapists).

A measurement of the inter-rater reliability has not been well possible, because each case was assessed by only one assessor from each discipline. It can however be stated that the four disciplines considered themselves, on the basis of the presented case-descriptions, comparably capable to answer the questions posed in the questionnaire.

With the aid of a few statistical techniques the assessments have been linked up. There appear two classifications possible.

In the first place a classification is possible into three categories, according to the degree of conformity or difference. The first category comprises aspects on which the four disciplines not only agree on average statistically, but also at the individual case-level. Within the assessed subjects - the cases - they allocate a similar order of ranking from for example 'very favourable' to 'very unfavourable' cases. In the present study this category is designated as 'agreed, with similar ranking'. In the second category aspects are classed about which the assessors do agree on average statistically, but not at the individual case-level. This means that the cases are differently rated by the disciplines. This is designated as 'agreed, with dissimilar ranking'. In the third category aspects occur on which the four assessment-groups do not agree between them; in the research-material that invariably appears to be 'with similar ranking'.

In the second place, a classification is possible concerning the content of the assessed aspects: the quality of the case-descriptions, the decision-making both before and during the implementation of the measure, the intra- and extramural treatment period and the effects of the measure in its entirety and of the treatment within the framework of that measure.

The four assessment-groups have found the information content of the concise and summarizing case-descriptions to be in general satisfactory.

With regard to different aspects there appear to be both similarities and discrepancies in the opinion afterwards. Concerning the decision-making before and during the measure, it is striking that the lawyers obviously less often agree with the imposition of the TBS-order and the combination with imprisonment than the other assessors. Also with the recommendations for extension the lawyers agree less often than the others. All disciplines on average agree with the extension-decisions, but per individual case the options diverge. Regarding a large number of aspects, particularly concerning the actions of the treating hospital and the measure's and treatment's more general effects they fully agree among themselves. In regard to other aspects, in particular such as treatment in a stricter sense and regarding more specific treatment-effects of the measure and the treatment, they disagree at an individual level. The judgment on average about the measure as such, about the decision-making during the implementation and on the treatment-efforts is predominantly positive. On the effects of the measure and the treatment (prospects at departure from the hospital, the chance of recidivism and its severity) the average judgment is not explicitly clear: it moves between favourable and not favourable, between high and low.

Unfortunately only eighteen of the forty ex-patients enlisted for the study could be interviewed. This has of course had consequences for the interpretation of the data from the interviews. Therefore these data have chiefly been presented in descriptive form.

When the interviewed patients are, in respects of crime, compared with the non-interviewed patients, there appear to be no significant differences. Among the interviewed there are relatively many ex-patients who had been placed under the TBS-order because of a sex-crime.

Half of them have agreed with the imposition of the measure, but not with its combination with a term of imprisonment. Commensurate with the longer duration of the measure, they have agreed less with its extension.

More than half of the interviewed think that at the time treatment had been necessary. Their motivation for treatment has in general been variable. According to their statements the probationers particularly have profited from the living-group as a means of treatment. One third of the interviewed have also been placed in the department for individual and intensive treatment; the majority of them have a favourable opinion in that respect. The following treatment activities enjoyed the greatest participation and a (very) positive appreciation: education, occupational training, sports and membership of committees. Also individual psychotherapy and music score high. The participation in other activities is predominantly positively rated. With many treatments relatives and other personal relations have been involved, which the ex-patients in general rate as favourable. The preparation for the probationary leave all probationers rate reasonable to good, which they also do about the guidance by the probation officer.

Practically all respondents are reasonably to very satisfied with their present situation, their social contacts, their work, their leisure and their housing. The statements given by the respondents about the offences they have committed after their departure from the clinic match the data from the Justice Documentary register.

Most seem to have done reasonably to very well respecting what they intended to achieve. The probationers have in this respect a more positive opinion than the non-probationers. Also in indicating changes when comparing the situation before TBS with that afterwards, the probationers among the interviewees give a more positive picture, although all conclude that some change has taken place in a positive sense. In what way the change has occurred, is variously assessed: one part refers to treatment-aspects, another to their own endeavours, and again another part attach great importance to their contact with relations. The involuntary character of the placement in the hospital and the structured framework are significantly more favourable rated by the probationers than by the non-probationers.

The opinions of the four assessment-groups and those of interviewed ex-patients have, as far as possible, been interrelated. In regard to a number of aspects, no change is observed in the classification according to the three afore-mentioned categories. In some other respects shifts occur on account of the addition of the judgments of the ex-patients. The ex-patients express a more negative opinion on decisions made during the TBS-period, such as the order itself, the involuntary framework and the extension-decisions. On the development after the departure from the hospital and the changes in behaviour, the ex-patients in general express a more favourable judgment than the professional assessors.



In **Chapter six** on the one hand correlations have been studied between predictive and other opinions of the assessors and the real recidivism, and also correlations between the judgments of the assessors and the way in which the ex-patients had left the hospital. On the other hand it has been checked whether there are variables by which recidivism and the way of leaving the hospital to some extent could be predicted. As already stated, the assessors were unaware of any possible recidivism.

Particularly the behavioural and the treatment experts appear to have been reasonably able to predict recidivism in some recidivism-degree or other. Prediction of the severity of possible recidivism seems to be more difficult. The evaluative assessment of a number of aspects correlates among different disciplines also significantly with different recidivism-criteria. The contribution of the treatment to the purpose of the TBS-order is for example considered greater among those who have not again been sentenced for a crime.

Also has been checked whether the four disciplines in their judgments have distinguished between probationers and non-probationers. Concerning numerous evaluative and predictive aspects the assessors appear to have indeed observed significant differences between probationers and non-probationers.

With a number of variables concerning the psycho-social and criminal anamnesis and the period of TBS, a reasonable prediction of recidivism as well as of the degree of seriousness appears to be possible. In general, recidivism is predicted in a degree in which the anamnesis is 'unfavourable', which means that the person concerned for example has been sentenced to (unconditional) imprisonment for more than once. Few previous conditional sentences and an active participation in the occupational training in the hospital appear to be good predictors of absence of general recidivism, regardless of settlement. A relatively short TBS-term, prompt outdoor work and intensive family-treatment predict among other things that someone will not be sentenced again to an unconditional imprisonment.

It has also been examined whether the same variables can predict in what way the examined TBS-patients will depart from the hospital: with probationary leave, or without such after the TBS-order, against the hospital's recommendation, is not extended by the judge. A reasonable prediction of a probationary leave appears to be possible in the presence of the following data: few charges for aggressive offences, few long periods of unlawful absence, guidance by the probation agency and reasonably intensive contacts at the time of departure from the hospital.

No absolute value can be attached to the predicting variables and the corresponding levels of prediction because these are obviously based on the studied population. A differently composed population will no doubt yield different variables with levels of chance. The account in this chapter has chiefly served to indicate the methodology of prediction-models and of finding other correlations.

In **Chapter seven** it has been determined how far the questions posed in the study can be answered on the basis of the results. It is concluded that it has been possible to draw up forty case-descriptions appearing to comply as basic material for an evaluative assessment by four professional experts. As supplementation to this it has also appeared possible to obtain evaluative judgments from eighteen of the subjects. Approaching the assessors and the ex-patients proceeded without any noticeable problems. The questionnaires designed for the assessments and for the interviews complied with the intended purpose.

From the assessments of the four disciplines is concluded that they agree on a large number of general aspects regarding the course of TBS. On more specific aspects the opinions at case-level diverge. The hypothesis that the juridically oriented assessors would stress chiefly the security aspects and the behaviourally oriented more the treatment-aspect, are not borne out by the results. Concerning the necessity of imposing and extending the measure, the lawyers appear rather to reason from their specifically professional point of view, but as regards other aspects such is not the case. The judgment of the four disciplines is more favourable regarding the probationers than the non-probationers. Also the probationers among the interviewed ex-patients have the most positive impressions. Prediction of the general recidivism appears to be best done by the behavioural experts and the treatment staff, prediction of the seriousness of recidivism is more difficult.

As for retrieving the purposes aimed by the imposition of the investigated TBS-orders, is concluded that at the individual level of the case this was not well possible. It can be stated, however, that the purposes could be more implicitly than explicitly retrieved. Neither could be derived from the research-material new standards and criteria that could be used in order to test attaining aims. Ultimately, the handling of recidivism-criteria emerged as the most suitable. A preference is expressed for the use of the so-called weight-criteria, because by these the nature and severity of recidivism are best borne out. Probationary leave as such can also be used as criterium. From the study of the files a general picture has emerged in relation to the use of the treatment-means, but not in relation to any link with diagnosticized problematic issues and treatment-aims. It was difficult to establish the aims afterwards and follow the treatment-processes systematically. In combination with the lack of generally accepted assessment-standards, this meant that no definitive conclusion can be drawn whether with the TBS-order intended aims have indeed been obtained.

On the basis of the file-material, the assessments, the interviews and recidivism-data, the examined TBS-orders are evaluated. The involved agencies have acted in a careful way. The conclusion appears to be justified that changes have been made in a favourable sense, although not in all cases to the same extent. Probationers seem in many respects more favourably off than non-probationers, both as regards the treatment-effects and the prospects afterwards, as well as the change of recidivism. Based on the nature of recidivism, in the total researchgroup recidivism with very serious crimes accounts for 15%. With the non-probationers this percentage is higher. However, the results cannot without more be extrapolated to the present TBS-population, this considering the non-representative composition of the research-population. On the ground of a number of variables a reasonable prediction appears possible of the way in which the measure comes to an end, and of the occurring of recidivism.

In the final chapter it is evaluated in how far the developed research-methodology met the expectations. The purpose of the research was an explorative attempt to evaluate some forty TBS-orders. The therefore developed method of research had characteristics of the methodology of programme evaluation. From the beginning onwards this research design knew restrictions which prompted to adaptations. An important role in this respect played the fact that the formulations of the aims and the criteria were rough. The retrospective approach meant moreover that relatively many data were absent and that the examined programmes - the TBS-orders - were concluded and could not be adjusted any more. It is

concluded that this can be used again. Apart from improvement of the developed measuring-instruments, for a successful repeat, at least improvement of the quality of the reporting of the treatment-process will be necessary. Making explicit the objectives is a condition in this matter.

After this a sketch is given of another - theoretically ideal - model which at the micro-level of the utilization and implementation of the individual TBS-order departs from a systematically applied process evaluation and its registry. In this way a programme-evaluative guidance may come to development. It concerns the whole process of a TBS: the phases of the order, the selection to a treatment centre, the treatment itself and the termination. A suitable arsenal of measuring-instruments needs to be compiled. Systematic establishment of treatment-aims, -plans and -implementation is herewith necessary. Different evaluative and fundamental research in the field of forensic psychiatry should also be promoted.

The chapter is concluded with a number of recommendations regarding the enforcement of the TBS-order. The importance of a gradual transition from intramural treatment to extramural guidance is emphasized. A close collaboration between forensic psychiatric hospitals and transitional services in the mental health care is indicated. The changing composition of the population of the TBS-patients makes it necessary that some TBS-patients get psycho-social and psychiatric care for a good length of time. The recommendation is made to admit in the law the obligation that all TBS-orders should include an extramural phase. A good communication and collaboration between the involved disciplines, under which chiefly the probation agencies, is necessary.

The judge's willingness to extend the TBS-order may be encouraged by involving more intensively the public prosecutor and the judge in the implementation of the measure. Each decision that implicates an essential change in the implementation of the measure, such as transfer, probationary leave and ending, should always be within the judge's competence. The beginning and the termination of any deprivation and restriction of freedom deserve a judicial decision. The judge should have more differentiated possibilities than he has now: to extend or to finish. The recommendation contains a plea for widening of the qualifications of the judge as an executive judge.

Improvement of the quality of extension-advice with more motivated pronouncements concerning treatment-prognoses and risk of delict-recurrence are indispensable for testing by the judge. An improved communication and collaboration between judge and forensic experts is important for a good weighing of the elements protection, treatment and legal position of persons concerned.

Finally it is recommended to direct the necessary efforts to the improvement of quality of the forensic psychiatric care: improvement of diagnostics and differentiation relating to treatment-needs, evaluation research relating to functioning of treatment-methods and relating to the effectiveness of treatment-plans and programmes. With reason society wants to know, also considering the investment in money and time, what efforts and with what results are performed in favour of offenders whose behaviours carry serious risks. In particular one should think of (potential) victims and their relatives. Also the TBS-patient claims to be informed about the effectiveness and quality of the forensic psychiatric work. Therefore also the TBS-order deserves a place in the present discussion about 'quality of care' and 'customized care' in the health care.



## LIJST VAN AFKORTINGEN

adv.	advocaten
art(t).	artikel(en)
a.w.	aangehaald werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
beh.	behandelaars
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
EK	Eerste Kamer der Staten-Generaal
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GAS	Goal Attainment Scaling
ged.	gedragsdeskundigen
gev.str.	gevangenisstraf
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GIGV	Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
GM	Gevangenismaatregel
GW	Grondwet
HR	Hoge Raad der Nederlanden
ICD	International Classification of Diseases
INT	geïnterviewde oud-patiënten
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
KB	Koninklijk Besluit
MvT	Memorie van Toelichting
N-PV	niet-proefverlofgangers
N-INT	niet-geïnterviewde oud-patiënten
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NS	niet significant
onv./ov.	onvoorwaardelijk
PBC	Pieter Baan Centrum
PIGG	Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
POK	Psychiatrische Observatie Kliniek
PV	proefverlofgangers
re.	rechters
SBWU	Stichting Beschermd Wonen Utrecht
SPW	sociaal psychiatrisch werk
Sr.	Wetboek van Strafrecht
Stb.	Staatsblad
Sv.	Wetboek van Strafvordering
tbr	terbeschikkingstelling van de regering
tbs	terbeschikkingstelling
TK	Tweede Kamer der Staten-Generaal
t.u.l.	tenuitvoerlegging
WAS	Willem Armtsz Stichting
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het ministerie van Justitie
WVC	ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur



- Advies Forensische psychiatrie en haar raakvlakken. Deel 1.* (1991). Publikatie 6. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Advies Forensische psychiatrie en haar raakvlakken: het toekomstig ziektekostenstelsel. Ambulante zorg en opvangmogelijkheden. Deel 2.* (1992). Publikatie 15. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Arbeidstraining '86 (1986). *Informatiebulletin*. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Baan, P.A.H. (1955). Over de "oorzaken" van het recidivisme. *Tijdschrift voor strafrecht*, 64, 314-333.
- Balkema, J.P. (1992). De verlenging van de terbeschikkingstelling. *RM Themis*, (6), 251-261.
- Balkema, J.P. & Corstens, G.J.M. (1986). Het straffenarsenaal. In: *Gedenkboek Honderd jaar Wetboek van Strafrecht* (303-332). Arnhem: Gouda Quint.
- Beek, D.J. van (1989). Gedragstherapie en verkrachting. *Justitiële Verkenningen*, 15, 63-75.
- Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 11, 4-18.
- Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (1992). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 12, 347-360.
- Beenackers, A.A.J.M. (1986). *Project-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. (Proefschrift Utrecht). Delft: Eburon.
- Bergh, W.M. van den (1983). Verwachting als sleutelwoord in de relatie tussen de rechtbanken, de instituten voor forensische psychiatrie en het ministerie van justitie bij de ten uitvoerlegging van de terbeschikkingstelling van de regering. In: *Terbeschikkingstelling: verwachting en praktijk; communicatie tussen rechterlijke macht, inrichtingen en departement*. Informatiebundel Studiedagen T.B.R. (45-50). 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Bergh, W.M. van den (1990). *Leven en werk van Dr. Henri van der Hoeven*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Bergh, W.M. van den & Slager, J.A.M. (1984). Een brug naar de samenleving; contactgezinnen en contactpersonen en de behandeling in de Dr. H. van der Hoevenkliniek. *Informatiebulletin*. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Beroepenklapper. Zie Westerlaak ...
- Beyaert, F.H.L. (1990). Terugkijken en vooruitzien in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 40-49.
- Beyaert, F.H.L. (1992). 'Wikken en wegen' en 'De binnenkooi'. *Sancties*, (5), 303-308.
- Blankstein, J.H. (1979). De forensisch-psychiatrische kliniek als behandelingsinstrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 21, 5-16.
- Blankstein, J.H. (1985). Rechtspositie en tbr/behandeling: over macht en onmacht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 213-220.

- Blankstein, J.H. (1988) Institutional Conditions Regarding Prediction of Dangerousness. In: Koenraadt, F & Zeegers, M. (Eds.). *Trends in Law and Mental Health Proceedings of the 13th International Congress on Law and Mental Health; Amsterdam, June 1987* (422-425). Arnhem: Gouda Quint.
- Blankstein, J.H. (1989). Organizational Approaches to Improving Institutional Estimations of Dangerousness in Forensic Psychiatric Hospitals: A Dutch Perspective *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 341-345
- Blokland, A van & Wassenberg J. (1989) Van valkuil naar vangnet: het gezin als positieve factor in de TBS-kliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 15, 223-233.
- Boer, A.P. de (1990). *Partnerdoding. Een empirisch forensisch-psychiatrisch onderzoek*. (Proefschrift Nijmegen). Arnhem: Gouda Quint.
- Boerwinkel, A.R. & Beek, D.J. van (1988). Residential Treatment of Violent Sex Offenders. In: Koenraadt, F. & Zeegers, M. (Eds ). *Trends in Law and Mental Health. Proceedings of the 13th International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam, June 1987* (195-199) Arnhem: Gouda Quint.
- Broekman, T G., Schaap C.P.D.R. & Schippers, G M (1987). Programma-evaluatie: geen methode, maar een denkraam. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 42, 147-162.
- Bulten, B.H. & Rijn, J.M.T. van (1992). Is er iets mis op het raakvlak van justitie en geestelijke gezondheidszorg? *Sancties*, (6), 333-343.
- Conrad, J.P. (1965) *Crime and its Correction; an International Survey of Attitudes and Practices*. Berkeley: University of California Press
- Coppens, M.C.J. & Boerwinkel, A R (1988) *Leefgroep tussen therapie en tuchtschool*. Informatiebulletin. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
- Corstens, G.J.M (1983). *De verhouding rechter-openbaar ministerie, een lat-relatie in het strafrecht*. Arnhem: Gouda Quint.
- Cossée-Buijs, J H , Feldbrugge, J T T M. & Hendriks P.A M (Eds ) (1975). *Op de drempel*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
- Dekker, P.J. & Leeuw, F.L. (1989). *Beleids- en programma-evaluaties: een stand van zaken in de sociaal-wetenschappelijke literatuur* Leiden DSWO Press
- Derks, F.C.H. (1991). Forensisch-psychiatrische woonbegeleiding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46, 1221-1227.
- Derks, F.C.H. (1992a). De plaats van sport en creatieve activiteiten in de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten, een inventarisatie en rubricering van doelstellingen. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 11, 99-102.
- Derks, F.C.H. (1992b). *Begeleidend onderzoek forensische deeltijd- en polikliniek Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Utrecht; Eindrapport*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Derks, F.C.H. & Wassenberg, J. (1991). Theorie en praktijk ten aanzien van 'resocialisatie' in de Dr. H. van der Hoeven Kliniek. In. *Resocialisatie*. Informatiebundel Studiedagen T.B.R. (31-37). 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Donker, M. (1990). *Principes en praktijk van programma-evaluatie; opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg* (Proefschrift Utrecht). Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Downes, D. (1988). *Contrasts in Tolerance, Post-war Penal Policy in the Netherlands and England and Wales*. Oxford: Clarendon Press.
- Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. *Jaarverslagen 1970-1971, 1975, 1978, 1979, 1981, 1990, 1991*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.



- Dr. S. van Mesdagkliniek. *Jaarverslagen 1970-1976, 1979-1982*. Groningen. Dr. S. van Mesdagkliniek.
- Drost, T.R. (1990). De rechter weet het beter; over feiten, meningen en misvattingen inzake TBS-beëindigingen die niet overeenstemmen met het inrichtingsadvies. *Sancties*, (3), 142-153
- Drost, T.R. (1991). *Wikken en wegen; een onderzoek naar de beslissing tot het wel of niet verlengen van een terbeschikkingstelling*. (Proefschrift Groningen) Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Drost, T.R. & Eggink, J.Ph. (1985). De delinquente psychopaat uit de jaren '70; een analyse van crimineel-strafrechtelijke, sociografische en diagnostische gegevens van TBR-gestelden die in de jaren '70 in de Van Mesdagkliniek zaten. *Delikt en Delinkwent*, 15, 428-445.
- Drost, T.R. & Eggink, J.Ph. (1989a). *Behandeling in een TBS-inrichting; een onderzoek naar de tenuitvoerlegging van circa 150 terbeschikkingstellingen in de Van Mesdagkliniek*. Groningen: Criminologisch Instituut.
- Drost, T.R. & Eggink, J.Ph. (1989b). Beveiliging, behandeling en proportionaliteit; een onderzoek naar de resultaten van de terbeschikkingstelling op het moment van vertrek uit de inrichting. *Delikt en Delinkwent*, 19, 391-406.
- Eindrapport van de Commissie Rechtspositie ter beschikking gestelden* (1987). (Commissie-Haars). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J.L. van (1982). *Terbeschikkinggesteld; verslag van een follow-up onderzoek bij ex-patiënten van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. WODC-reeks nr. 28. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij
- Emmerik, J.L. van (1984) *Opvattingen over de maatregel TBR, verslag van een postenquête bij leden van de rechterlijke macht en medewerkers van de inrichtingen*. WODC-reeks nr. 46 's-Gravenhage. Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J.L. van (1985). *TBR en recidive; een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974-1979* WODC-reeks nr. 61. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J.L. van (1989). *TBS en recidive; een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode van 1979-1983*. WODC-reeks nr. 95. Arnhem: Gouda Quint.
- Emmerik, J.L. van (1990). De rechter weet het beter. Een flirt met de rechter? *Sancties*, (5), 268-281.
- Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (1989). Ter beschikking gestelde seksuele delinquenten; I: Enkele kwantitatieve gegevens over hun delictgedrag. *Tijdschrift voor Criminologie*, 31, 215-228.
- Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (1990). Ter beschikking gestelde seksuele delinquenten II, Delictgevaarlijkheid, diagnostische kenmerken, behandelingsvooruitzichten en recidive tijdens de tenuitvoerlegging *Tijdschrift voor Criminologie*, 32, 190-211.
- Emmerik, J.L. van & Kommer, M.M. (1992). Recidive *Tijdschrift voor Criminologie*, 34, 24-28.
- Enschedé, Ch.J. (1964). *Dienen de strafrechtelijke bepalingen betreffende psychisch gestoorden te worden gewijzigd?* Preadvies Nederlandse Juristenvereniging, 59-121. Zwolle Tjeenk Willink.
- Essen, G. van (1992). Forensische zorg: een zorgenkind *Sancties*, (6), 329-332.
- Evaluatie van wetgeving; terugblik en perspectief. Zie Winter, H B. ...

- Feldbrugge, J.T.T.M. (1986). *Commitment to the committed; treatment as interaction in a forensic mental hospital*. (Proefschrift Nijmegen). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Feldbrugge, J.T.T.M. (1992). Rehabilitation of patients with personality disorders: patiënt-staff collaboration used as a working model and a tool. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 169-177.
- Feldbrugge, J.T.T.M. & Niemantsverdriet, J.R. (1983). Verwachtingen jegens de rechterlijke macht inzake de terbeschikkingstelling. In: *Terbeschikkingstelling: verwachting en praktijk; communicatie tussen rechterlijke macht, inrichtingen en departement*. Informatiebundel Studiedagen T.B.R. (34-44). 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Geestelijke verzorging (1979 en 1992). *Informatiebulletin*. Themanummers. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1990). *Jaarverslag 1990*. Rijswijk: Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg.
- Goffman, E. (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.
- Gooijer, A.C. de (1980). *Voor verbetering vatbaar; een documentaire over de terbeschikkingstelling van de regering naar aanleiding van het vijftienvintig jarig bestaan van de Dr Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht*. Baarn: Bosch & Keuning.
- Grunsvan, R. van, Bosma, L.D. & Oppedijk, D.W. (1992). Terbeschikkingstelling en geestelijke gezondheidszorg: aansluiting of kortsluiting? *Sancties*, (6), 344-352.
- Haffmans, Ch. (1984). *Terbeschikkinggesteld; geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*. Arnhem: Gouda Quint.
- Haffmans, Ch. (1989). *De berechting van de psychisch gestoorde delinquent; handleiding voor juristen bij vraagstukken op het raakvlak van strafrecht en psychiatrie*. (Proefschrift Amsterdam). Arnhem: Gouda Quint.
- Hamers, H.J.A. (1986) *Het kristallen paleis; de psychopatenzorg in Nederland*. (Proefschrift Amsterdam). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hattum, W.F.C. van (1965). Verlenging van de terbeschikkingstelling. *Maandblad voor Berechting en Reclassering*, 44, 195-200.
- Hattum, W.F.C. van (1979). Waartoe dient de TBR? *Delikt en Delinkwent*, 9, 179-184.
- Heinz, W. (1973). *Sozialtherapie als Alibi?* Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Heroverweging Strafrechtstoepassing*. (Nota Heroverweging Strafrechtstoepassing). Kamerstukken TK 1981-1982, 16 625, nr. 47.
- Hoeven, H. van der (1913). *Psychiatrie. Een Handleiding voor Juristen*. Rotterdam: Brusse.
- Hoeven, H. van der (1928). *Psychiatrie. Een Handleiding voor Juristen en Maatschappelijk Werkers*. Tweede, geheel herziene en bijgewerkte druk in drie delen (1928, 1928, 1930). Rotterdam: Brusse.
- Hofstee, E.J. (1987). *TBR en TBS; de TBR in rechtshistorisch perspectief*. (Proefschrift Nijmegen). Arnhem: Gouda Quint.
- Hut, L.J., Poslavsky, A., Loois, H. & Woord, B. van der (1961). *De Willem Arnusz Stichting 1461-1961*. Utrecht: Oosthoek.
- International Classification of Diseases (ICD-9). Zie: Manual of the International ...
- Jaarverslag Kliniek. Zie Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Jaarverslagen ...
- Jacobs, C.M.V.W. & Bijl, R.V. (1991). *GGZ in getallen*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

- Janssen, M. & Kaasenbrood, A. (1989). Cliënten over dwangopname: nee, dank u; ervaringen en opinies na gedwongen psychiatrische opname. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44, 1179-1192.
- Jessen, J.L. (1967). *Onvluchting of ongeoorloofde afwezigheid*. (Proefschrift Groningen). Meppel: Boom.
- Jessen, J.L. (1969). Behandelingsresultaten in de Van der Hoeven-kliniek. *Tijdschrift voor Criminologie*, 11, 173-182.
- Jessen, J.L. & Roosenburg, A.M. (1971). Treatment results at the Dr. Henri van der Hoeven Clinic, Utrecht, The Netherlands. In: Fuenta, R. de la & Weisman, M. (Eds.). *Proceedings of the Vth World Congress of Psychiatry. Mexico, 1971 (724-733)*. International Congress Series No. 274. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Jonkers, W.H.A. (1991). De strafrechtelijke maatregel. In: Jonkers, W.H.A., Balkema, J.P., Corstens, G.J.M. & Vegter, P.C. (Eds.), *Het penitentiair recht; strafrechtelijke sancties in Nederland (IV:1-22)*. Arnhem: Gouda Quint.
- Kelk, C. (1992). De executierechter op komst? *Proces*, 71, 254-263.
- Kelk, C. & Haffmans, Ch. (1986). De strafrechtelijke maatregelen en het tanende twee sporenstelsel. In: *Gedenkboek Honderd jaar Wetboek van Strafrecht (333-347)*. Arnhem: Gouda Quint.
- Kerkhof, F.M. (1992). Hoe hoog zijn de muren van de psychiatrie? *Sancties*, (6), 353-359.
- Klee, E. (1973). *Resozialisierung; ein Handbuch zur Arbeit mit Strafgefangenen und Entlassenen*. München: Claudius Verlag.
- Kloek, J. (1968). *Dialog met de criminele psychopaat*. Utrecht: Het Spectrum.
- Koning, R.F. & Wagenborg, J.E.A. (1988). Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10): slotpublicatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 658-678.
- Kooi, R. & Donker, M. (1991). *Cliënten over de RIAGG. Ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke gezondheidszorg.
- Korsten, A.F.A. (1987). Wetsevaluatie als onderneming. In: Andriessen, J.H.T.H., Baaijens, J.M.J., Hirsch Ballin, E.M.H. & Snellen, I.Th.M. (Eds.). *Wetsevaluatie tussen wetenschap en beleid (11-27)*. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Kröger, U. (1989). Groepspsychotherapie met TBS-gestelden. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 15, 348-357.
- Kwaliteit van Zorg*. (Nota Kwaliteit van Zorg). Kamerstukken TK 1990-1991, 22 113, nrs. 1 en 2 en TK 1991-1992, nrs. 3 en 4.
- Kwast, S, van der (1978). Dwangverpleging en motivatie. *Delikt en Delinkwent*, 8, 307-313.
- (Linda). (1983). *Linda; het verhaal van een ter beschikking gestelde*. Amsterdam: Becht.
- Machielse, A.J. (1981). Het wetsontwerp-tbr: problemen en oplossingen. *Nederlands Juristenblad*, 56, 400-411
- Manen, J. van (1983). Willens en wetens een illusie delen; een aspect van psychotherapie in een forensisch-psychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 9, 291-294.
- Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (1975). (ICD-9). Genève: World Health Organization.

- Marle, H.J.C. van (1983). De schijnbare tegenstelling; beveiliging zowel uitgangspunt als doel van behandeling. In: *Terbeschikkingstelling: verwachting en praktijk; communicatie tussen rechterlijke macht, inrichtingen en departement*. Informatiebundel Studiedagen T.B.R. (19-24). 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Marle, H.J.C. van (1986). Verpleging en motivering tot behandeling in de TBR. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 244-253.
- Marle, H.J.C. van (1988). Klinische psychotherapie in een justitiële inrichting. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 334-346.
- Marle, H.J.C. van (1989). De forensisch psychiatrische behandeling van psychotische reactievormen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 635-650.
- Marle, H.J.C. van (1991a). Opvang en behandeling in een justitieel kader; taak en verantwoordelijkheid psychiatrie. *Medisch Contact*, 46, 315-317.
- Marle, H.J.C. van (1991b). Kwaliteitszorg in de TBS, maar hoe? *Trema*, 14, 335-342.
- Marle, H.J.C. van (1992). Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 281-290.
- Mastboom, J. (1984). Programma-evaluatie: voorwaarden en mogelijkheden. In: Schippers, G.M., Sijben, A.E.S., Schaap, C. & Mastboom, J.C.M. (Eds.). *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg* (48-50). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Melai, A.L. (1986). Strafrecht: schuld en boete. In: *Gedenboek Honderd jaar Wetboek van Strafrecht* (57-70). Arnhem: Gouda Quint.
- Melief, W.B.A.M., Hoekstra, M.J., Langerak, E.F., Sijben, A.E.S & Wevers, I.H. (1979). *Doelen stellen en Evalueren. Een handleiding tot het gebruik van Goal Attainment Scaling (GAS)*. Alphen aan den Rijn: Samson Uitgeverij.
- Moedikdo, P. (1976). De Utrechtse School van Pompe, Baan en Kempe. In: Kelk, C., Moerings, M., Jörg, N. & Moedikdo, P. *Recht, macht en manipulatie* (90-154). Utrecht: Het Spectrum.
- Mulder, J.R. (1989). Seksualiteit en intimiteit in de inrichting: beleid en praktijk. *Justitiële Verkenningen*, 15, 43-51.
- Nagel, W.H. (1963) "De Utrechtse School". *Tijdschrift voor Strafrecht*, 72, 322-355.
- Nagel, W.H. (1970). De plaats van de t.b.r. in het geheel van de Strafrechtspleging. *Delikt en Delinkwent*, 1, 83-94.
- Niemantsverdriet, J.R. (1988). Interaction Between Juridical and Therapeutic Approach. In: Koenraadt, F. & Zeegers, M. (Eds.). *Trends in Law and Mental Health. Proceedings of the 13th International Congress on Law and Mental Health; Amsterdam, June 1987* (284-288). Arnhem: Gouda Quint.
- Niemantsverdriet, J.R. & van der Plaats, L. (1981). The Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. In: Feldbrugge, J.T.T.M. & Werdmüller von Elgg, Y.A. (Eds.). *Involuntary institutionalization; changing concepts in the treatment of delinquency* (1-23). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Norusis, M.J. (1990a). *SPSS Advanced Statistics Users's Guide*. Chicago: SPSS Inc.
- Norusis, M.J. (1990b). *SPSS Base System Users's Guide*. Chicago: SPSS Inc.
- Nota Herooverweging Strafrechtstoepassing. Zie Herooverweging Strafrechtstoepassing ...
- Nota Kwaliteit van Zorg. Zie Kwaliteit van Zorg ...
- Nota over de terbeschikkingstelling van de regering (1970). (Nota TBR). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Nota TBR. Zie Nota over de terbeschikkingstelling ...
- Nota TBS. Zie TBS een bijzondere maatregel ...

Nota Zicht op wetgeving. Zie Zicht op wetgeving ...

- Overbeek, W.H. (1964). *Dienen de strafrechtelijke bepalingen betreffende psychisch gestoorden te worden gewijzigd?* Handelingen Nederlandse Juristenvereniging, 67-75. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Polak, J.M. (1987). Over herkomst en resultaten van opdrachten voor wetsevaluatie. In: Andriessen, J.H.T.H., Baaijens, J.M.J., Hirsch Ballin, E.M.H. & Snellen, I.Th.M. (Eds.). *Wetsevaluatie tussen wetenschap en beleid* (5-9). Zwolle: Tjeenk Willink.
- Psychotherapie in de dr. Henri van der Hoeven Kliniek (1982). *Informatiebulletin*. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Roman, T. (1971). *Van Harentwege verpleegd*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- Roosenburg, A.M. (1962). De huidige mogelijkheden van de psychiatrische behandeling van delinquenten. *Tijdschrift voor Strafrecht*, 71, 169-189.
- Roosenburg, A.M. (1975). Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht; het nieuwe gebouw en de gedachten die daaraan ten grondslag liggen. In: *Jaarverslag Kliniek. Bijlage 1*.
- Roosenburg, A.M. (1978). Rechtspositie en kader van behandeling. In: *De rechtspositie van de deviante mens*. Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (97-103). Amsterdam: Van Rossen.
- Rotman, E. (1990). *Beyond Punishment; a New View on the Rehabilitation of Criminal Offenders*. New York: Greenwood Press.
- Rothhaus, K.P. (1975). Sozialtherapie in der Dr.-van-der-Hoeven-Kliniek in Utrecht. *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtreform*, 58, 83-94.
- Rothhaus, K.P. (1978). Die neue Dr.-van-der-Hoeven-Kliniek in Utrecht. *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtreform*, 61, 126-134.
- Schagen, S. (1979). Ethische aspecten van follow-up onderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 80-81.
- Schippers, G.M., Sijben, A.E.S., Schaap, C. & Mastboom, J.C.M. (Eds.) (1984). *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schnabel, P. (1984). Programma-evaluatie: een nadere kennismaking bij het scheiden van de markt. In: Schippers, G.M., Sijben, A.E.S., Schaap, C. & Mastboom, J.C.M. (Eds.). *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg* (218-230). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schnitzler, J.G. (1990). Forensisch-psychiatrische rapportage en rechtspositie van de justitiabele; rechtspositionele overwegingen met betrekking tot personen over wie forensisch-psychiatrisch wordt gerapporteerd. In: Kelk, C., Koenraadt, F. & Mooij, A.W.M. *Harmone en tegenspraak* (141-158). Arnhem: Gouda Quint.
- Siegel, S. (1956). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill.
- Slagter, S. (1991). De TBS-nota van de staatssecretaris van justitie. *Trema*, 14, 343-347.
- Soesman, J.I. (1985) Inleiding. In: *Jaarverslag Oldenkotte 1984-1985* (4-6). Rekken: Van Ouwenaller Vereniging.
- Spanjersberg, N. (1977). *Hoeve Boschoord follow-up*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Stockdale, E. (1967). *The Court and the Offender*. Londen: Gollancz.
- Stürup, G.K. (1968). *Treating the "Unreatable"*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Sijben, A.E.S. (1986). *Omzien naar weldoen*. (Proefschrift Nijmegen).
- Swildens, H. (1980). Historie Rogeriaanse opleiding in Nederland. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 239-246.

- TBS een bijzondere maatregel; de concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie* (1991). (Nota TBS). 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie, Directie D&J.
- Themanummers 1979, 1982, 1984, 1985, 1986, 1992. Zie Geestelijke verzorging (1979 en 1992) ...; Psychotherapie in de dr. Henri van der Hoeven Kliniek (1982) ...; Werken met patiënten, hun familie en andere relaties (1984) ...; Vrijer worden door middel van expressievakken in de Dr. Henri van der Hoevenkliniek (1985) ...; Arbeidstraining '86 (1986) ...
- Veen, Th.W. van (1990). Eén jaar Arnhem. *Sancties*, (3), 132-138.
- Veen, Th.W. van (1991a). Is voor de behandeling nog terbeschikkingstelling noodzakelijk? *Sancties*, (3), 147-153.
- Veen, Th.W. van (1991b). De vrijheidsbeneming: van doel naar middel. *Sancties*, (6), 334-344.
- Veerman, G.J. (1991). De paradox van de wetsevaluatie. *Justitiële Verkenningen*, 17, 8- 31.
- Vegter, P.C. (1989). *Vormen van detentie. Een onderzoek naar verschillen bij de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf en de bemoeienis van de strafrechter*. (Proefschrift Nijmegen). Arnhem: Gouda Quint.
- Vegter, P.C. (1991). Naar enkel spoor? *Sancties*, (3), 143-145.
- Verhagen, T. (1988). The Prediction of Dangerous Re-Offending of Delinquent In-Patients: Some Hypthesizes Criteria. In: Koenraadt, F. & Zeegers, M. (Eds.). *Trends in Law and Mental Health. Proceedings of the 13th International Congress on Law and Mental Health; Amsterdam, June 1987* (415-421). Arnhem: Gouda Quint.
- Verhagen, T. & Philipse, M. (1992). Voorspellen van het risico van deliktherhaling. In: Blankstein, H., Verhagen, T. & Zoomer, M. (Eds.). *Gevaar voor herhaling; inschatten en behandelen van het risico van deliktherhaling*. Nijmegen: Prof. mr. W.P.J. Pompekliniek.
- Vodegel, N. & Beek, D. van (1986). 'Roeien met de riemen die je hebt'; een token economy programma toegepast in een forensisch psychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 12, 195-208.
- Vrijer worden door middel van expressievakken in de Dr. Henri van der Hoevenkliniek (1985). *Informatiebulletin*. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Wardrop, K. (1966). The Van der Hoeven Clinic. In: Roosenburg, A.M. *The Unwilling Patient - The Unwilling Society* (8-10). Londen: I.S.T.D. Origineel in: Wardrop, K. (1965). *Holland - a New Look at Crime*. Londen: I.S.T.D. Publications.
- Werken met patiënten, hun familie en andere relaties (1984). *Informatiebulletin*. Themanummer. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Westerlaak, J.M. van, Kropman, J.A. & Collaris, J.W.M. (1975). *Beroepenklapper*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Wetgeven en evalueren. (1991). *Justitiële Verkenningen*. Themanummer. 17 (5).
- Wevers, I.H. (1983). In dialoog met oud-patiënten. *Balans*, 14, 7-16.
- Wiertsema, H.L. (1991). Hoe kijkt een econoom naar de totale behandelduur van de Terbeschikkingstelling. In: *Psychisch gestoorde gedetineerden: opnemings, behandeling en rapportage*. Psychiatrisch Juridisch Gezelschap. Nieuwe reeks (83-86). Arnhem: Gouda Quint.

- Winkels, M.J. (1991). *De binnenkooi; een onderzoek naar de toepassing en toetsing van dwangmiddelen binnen de terbeschikkingstelling*. (Proefschrift Groningen). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Winter, H.B., Scheltema, M. & Herweijer, M. (1990). *Evaluatie van wetgeving; terugblik en perspectief*. Deventer: Kluwer.
- Wolde, A.C. ten (1990). *Follow-up 1990; een evaluatie-onderzoek onder de bewoners die in de periode 1980 tot en met 1985 met ontslag gingen*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Wolde, A.C. ten & Oppedijk, D.W. (1992). Elf jaar intensieve zorg geëvalueerd. *Sancties*, (5), 289-302.
- Zeijst, J. & Mevis, P.A.M. (1992). Vrijheidsbenemende maatregelen. In: Jonkers, W.H.A., Balkema, J.P., Corstens, G.J.M. & Vegter, P.C. (Eds.), *Het penitentiair recht; strafrechtelijke sancties in Nederland* (IX:1-654). Arnhem: Gouda Quint.
- Zicht op wetgeving*. (Nota Zicht op wetgeving). Kamerstukken TK 1990-1991, 22 008, nrs. 1-2.





## Bijlage A

### DE SCREENING OP SYSTEMATISCHE VERSCHILLEN BINNEN DE BEOORDELAARSGROEPEN

**Tabel A.1:**

*Toepassing van de Kruskal-Wallis toets bij alle 37 vragen op vijf onafhankelijke groepen van acht beoordelingen per discipline*

Vraag	Rechters	Advocaten	Gedragdeskundigen	Behandelaars
1	NS/NS *)	NS/.005 adv-1 laag	NS/NS	NS/NS
2	NS/NS	.002/<.001 adv-2 hoog adv-4 laag	NS/NS	NS/NS
3	NS/.007 re-2 laag	NS/.024 adv-5 laag	NS/.041 gedr-1 laag	NS/NS
4	NS/.014 re-5 laag	NS/.028 adv-4 laag adv-5 laag	NS/NS	NS/NS
6	NS/NS	NS/NS	.021/.005 gedr-2 laag gedr-3 laag	NS/NS
8	NS/NS	NS/NS	.045/.012 gedr-3 laag gedr-4 laag	.004/<.001 beh-5 hoog
10	NS/NS	NS/.043 adv-4 hoog	.028/.008 gedr-5 laag	NS/NS
12	<.001/<.001 re-5 laag re-2 laag	<.001/<.001 adv-4 hoog adv-5 hoog	<.001/<.001 gedr-3 laag gedr-5 laag	NS/NS
14	NS/NS	.039/.019 adv-4 hoog	.036/.015 gedr-1 hoog	NS/NS
17	NS/NS	.008/.002 adv-4 hoog	NS/NS	NS/NS
19	NS/NS	.044/.004 adv-4 hoog	NS/.034 gedr-1 hoog	NS/NS
21	NS/.041 re-1 hoog	NS/NS	NS/NS	NS/.031 beh-5 hoog beh-2 laag
22	NS/NS	NS/NS	.025/.010 gedr-1 hoog gedr-5 hoog	NS/NS
24	NS/.033 re-5 laag	NS/NS	.021/.015 gedr-3 laag gedr-4 laag	NS/NS
26	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
28	.018/.006 re-1 hoog re-3 hoog	NS/NS	NS/NS	NS/NS
30	.010/.002 re-2 laag re-5 laag	NS/NS	NS/NS	NS/NS
32	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
34	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
36	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
38	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS

Vraag	Rechters	Advocaten	Gedragdeskundigen	Behandelaars
40	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
44	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
46	NS/NS	NS/.046 adv-2 hoog adv-4 hoog	NS/NS	NS/NS
48	NS/.047 re-1 hoog	NS/NS	NS/NS	NS/NS
50	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
52	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
53	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
55	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
57	NS/NS	NS/NS	NS/.046 gedr-4 hoog gedr-5 laag NS/NS	NS/NS
59	NS/.044 re-2 hoog	NS/.044 adv-4 laag	NS/NS	NS/NS
61	NS/NS	NS/NS	.011/.005 gedr-3 laag gedr-5 laag NS/NS	NS/NS
62	NS/NS	NS/.027 adv-4 hoog adv-3 laag	NS/NS	NS/NS
64	NS/NS	NS/NS	NS/NS	NS/NS
66	NS/NS	NS/NS	.006/.003 gedr-1 hoog gedr-4 hoog .034/.027	NS/NS
68	NS/NS	NS/NS	gedr-4 hoog .031/.010	NS/NS
71	.001/.001 re-3 hoog re-2 laag	NS/.018 adv-4 hoog adv-5 hoog	gedr-4 hoog	NS/.036 beh-3 hoog

\*) Het eerste getal geeft de ruwe significantie aan, terwijl het tweede betrekking heeft op de significantie, gecorrigeerd voor 'ties' (knopen). Knopen zijn gevallen waarin een beoordelaar tot dezelfde score komt. Bijvoorbeeld: rechter X scoort voor subjecten 1, 6 en 26 een '4' op vraag 66. Getallen zonder correctie zijn 'conservatiever' dan getallen met correctie.

**Tabel A.2:**

*Samenvatting van de resultaten van de screening van de disciplines op systematische verschillen*

Rechters naam	*)			Advocaten naam			
	hoog	0	laag		hoog	0	laag
re-1	3	34	0	adv-1	0	36	1
re-2	1	32	4	adv-2	2	35	0
re-3	2	35	0	adv-3	0	36	1
re-4	0	37	0	adv-4	7	26	4
re-5	0	33	4	adv-5	2	33	2

Gedragsdeskundigen naam				Behandelaars naam			
	hoog	0	laag		hoog	0	laag
gedr-1	4	32	1	beh-1	0	37	0
gedr-2	0	36	1	beh-2	0	36	1
gedr-3	0	32	5	beh-3	1	36	0
gedr-4	4	31	2	beh-4	0	37	0
gedr-5	1	33	3	beh-5	2	35	0

Per beoordelaar zijn steeds 37 Kruskal-Wallis toetsen uitgevoerd gezien de 37 vragen waarop scores mogelijk waren. Onder '0' wordt hier verstaan het aantal vragen waarbij geen significant verschil bestaat met de collega-beoordelaars binnen hun discipline. Onder 'hoog' wordt verstaan dat er bij het aangegeven aantal vragen per beoordelaar wel een significant verschil is met de collega-beoordelaars binnen hun discipline: hier is dan hoger op de antwoordschalen gescoord. Mutatis mutandis geldt dit voor de categorie 'laag'.



## TOELICHTING OP HET GEBRUIK VAN DE FRIEDMAN EN KENDALL W TOETSEN

De *Friedman toets* is gebruikt om vast te stellen of er tussen de vier disciplines significante verschillen aanwezig zijn wat betreft 'hoogte' of 'strengheid' van oordeel.

Bij elk beoordeeld aspect deelt de Friedman toets per casus aan de vier beoordelingscores een rangorde van één tot vier, voor een lage respectievelijk hoge score, toe. Deze rangorde is uiteraard alleen mogelijk als vier scores inderdaad aanwezig zijn; bovendien is besloten dat bij minder dan vier scores de desbetreffende casus niet meedoet. De toetst gaat vervolgens na of er over alle casus significante verschillen zijn tussen deze vier beoordelingen. Als dat niet het geval is zijn de vier disciplines het met elkaar eens en wordt uit de gemiddelde score afgeleid hoe 'hoog' of 'laag' is geoordeeld. Dan kan bijvoorbeeld worden gezegd dat de disciplines het er over eens zijn dat de vrijheidsbeperkende maatregelen nodig zijn geweest. Als de Friedman toets wel significante verschillen aangeeft wil dat zeggen dat de vier disciplines het niet met elkaar eens zijn. Zo wordt dan bijvoorbeeld afgeleid dat de advocaten het niet eens zijn geweest met de oplegging van de terbeschikkingstelling, maar de drie andere disciplines wel.

De *Kendall W toets* is gebruikt om vast te stellen in welke mate er tussen de disciplines sprake is van eenzelfde rangorde binnen de veertig beoordeelde casus.

Bij elk aspect deelt de Kendall W toetst ook hier per casus aan de vier beoordelingscores een rangorde van één tot vier toe. Vervolgens stelt de toetst per discipline binnen de beoordeelde subjecten een rangorde vast. Zo ontstaat voor elke discipline een rangorde van casus die bijvoorbeeld tussen 'zeer gunstig' en 'zeer ongunstig' worden beoordeeld.

De Kendall W toets onderzoekt in welke mate tussen de disciplines overeenstemming is wat betreft deze rangordeningen binnen de veertig beoordeelde casus. De toets geeft de mogelijkheid tot verdieping van kennis over de wijze van beoordeling. Als de rangordeningen van de disciplines niet van elkaar verschillen, wordt dit hier aangeduid met 'gelijke rangorde' ofwel 'orde'. Als daarentegen de rangordeningen significant van elkaar verschillen, dan is sprake van 'ongelijke rangorde'. De disciplines zijn het in hun gemiddelde oordelen statistisch met elkaar eens, maar er is tegelijkertijd sprake van 'chaos' in de oordeelsvorming. De ongelijke rangorde kan begrepen worden als een maat voor de moeite van de disciplines om de desbetreffende aspecten te waarderen. Deze aspecten worden kennelijk zo op het individuele niveau van de casus beoordeeld dat zij niet vanuit een gezamenlijke - professionele - visie worden beoordeeld. Deze ongelijke rangordening blijkt bijvoorbeeld op te treden bij de vraag over de keuze van de behandelingsactiviteiten. Deze keuze wordt gemiddeld 'goed' gevonden maar de disciplines komen tot een verschillende rangordening binnen de beoordeelde subjecten.

Het feit dat in statistisch opzicht sprake is van een ongelijke rangordening binnen de beoordeelde subjecten kan voor de interpretatie niettemin problemen opleveren. Een verschil in rangordening kan betekenen dat de oordelen per casus uiteenlopen van 'zeer gunstig' tot 'zeer ongunstig', maar ook van 'zeer gunstig' tot 'gunstig'. In het laatste geval verschillen de meningen inhoudelijk dus minder dan in het eerste geval.

Gelijke rangorde wil overigens niet zeggen dat de beoordelaarsgroepen het altijd met elkaar eens zijn. Zo kunnen bijvoorbeeld rechters, gedragsdeskundigen en behandelaars aan de ene kant en advocaten aan de andere kant verschillen in hun oordeel over de

combinatie van gevangenisstraf met terbeschikkingstelling, maar binnen alle beoordeelde gevallen wel dezelfde rangorde toekennen.

Aan de hand van een *voorbeeld* kunnen het gebruik en de mogelijkheden van de Friedman en Kendall W toetsen met het onderzoeksmateriaal worden geïllustreerd. Gegeven is een drietal - theoretische - scores van rechters (r.), advocaten (a.), gedragsdeskundigen (g.) en behandelaars (b.) op acht casus met betrekking tot één aspect. In dit geval zijn bijvoorbeeld scores mogelijk geweest van 1 - 5 met een achtereenvolgende betekenis van 'zeer gunstig', 'gunstig', 'matig', 'ongunstig' en 'zeer ongunstig'.

#### *Scores van vier beoordelaars op 8 casus*

	situatie A	situatie B	situatie C
	r.a.g.b.	r.a.g.b.	r.a.g.b.
casus 1	1 1 1 1	1 2 3 4	1 3 2 5
casus 2	1 1 1 1	2 3 4 5	1 3 2 1
casus 3	2 1 2 1	3 4 1 2	1 3 2 3
casus 4	1 1 1 1	4 1 2 3	1 3 2 1
casus 5	5 5 5 5	5 2 3 4	1 3 3 3
casus 6	3 1 3 1	2 3 4 1	1 3 2 5
casus 7	1 1 1 1	3 4 5 2	1 4 2 5
casus 8	4 1 4 1	4 5 2 3	1 3 2 5

In *situatie A* zijn de gemiddelde scores en rangscores als volgt:

	casus	gem.score	gem.rangscore
rechters	8	2.250	2.88
advocaten	8	1.500	2.13
gedragsdeskundigen	8	1.250	2.88
behandelaars	8	1.500	2.13

De gemiddelde scores laten wel verschillen zien tussen de beoordelaars, maar de Friedman toets toont aan dat deze niet significant zijn. Statistisch zijn er tussen de beoordelaarsgroepen wat betreft de 'hoogte' van hun oordeel geen verschillen ( $N=8$ , Chikwadraat = 2.700,  $df=3$ ,  $p=.440$ ). Zij zijn het met elkaar eens. Uit de gemiddelde scores blijkt dat de oordelen tussen 'zeer gunstig' en 'gunstig' liggen.

Per discipline zijn alle acht casus in een rangorde te plaatsen van 'zeer gunstig' tot 'zeer ongunstig' beoordeelde gevallen. De Kendall W toets onderzoekt of tussen deze vier rangordeningen significante overeenstemming bestaat. Dit is hier het geval ( $W=.375$ ,  $df=3$ ,  $p=.0293$ ). De waarde van W kan variëren tussen 0 (geen overeenstemming) en 1 (volledige overeenstemming).

Deze uitkomst wordt 'eens, met gelijke rangorde' genoemd.

In *situatie B* zijn de gemiddelde scores en rangscores als volgt:

	casus gem.score		gem.rangscore
rechters	8	3.000	2.50
advocaten	8	3.000	2.50
gedragsdeskundigen	8	3.000	2.50
behandelaars	8	3.000	2.50

De gemiddeld scores over alle casus zijn identiek. De Friedman toets laat geen significante verschillen zien tussen de beoordelaars. Statistisch zijn er tussen de beoordelaarsgroepen wat betreft de 'hoogte' van hun oordeel geen verschillen ( $N=8$ , Chi-kwadraat= $.000$ ,  $df=3$ ,  $p=1$ ). Zo bezien zijn zij het met elkaar eens.

Uit de Kendall W toets blijkt in dit geval een groot gebrek aan overeenstemming tussen de disciplines wat betreft de rangorde die zij binnen de beoordeelde casus aanleggen ( $W=.000$ ,  $df=3$ ,  $p=1.000$ ). Het verschil is significant. Zo kan het voorkomen dat dezelfde casus door de rechter 'gunstig' wordt beoordeeld, terwijl de advocaat 'matig' oordeelt, de gedragsdeskundige 'ongunstig' en de behandelaar 'zeer ongunstig'. Over alle casus gemiddeld zijn zij het volgens de Friedman toets evenwel wel met elkaar eens, en wel in het oordeel 'matig'.

Deze uitkomst wordt 'eens, met ongelijke rangorde' genoemd.

In *situatie C* zijn de gemiddelde scores en rangscores als volgt:

	casus gem.score		gem.rangscore
rechters	8	1.000	1.13
advocaten	8	3.125	3.31
gedragsdeskundigen	8	2.125	2.38
behandelaars	8	3.500	3.19

De gemiddelde scores over alle casus verschillen aanzienlijk. De Friedman toets laat significante verschillen zien tussen de beoordelaars ( $N=8$ , Chi-kwadraat= $14.587$ ,  $df=3$ ,  $p=.002$ ). De beoordelaarsgroepen verschillen significant van elkaar in de 'hoogte' van hun oordeel. Zij zijn het duidelijk niet met elkaar eens. De rechters oordelen 'zeer gunstig', de gedragsdeskundigen 'gunstig', de advocaten 'matig' en de behandelaars 'ongunstig'.

De Kendall W toets toont grote overeenstemming aan tussen de beoordelaarsgroepen wat betreft de rangorde die zij binnen de beoordeelde casus aanleggen ( $W=.666$ ,  $df=3$ ,  $p=.001$ ). Zij delen de casus op eenzelfde manier een gewicht toe.

Deze uitkomst wordt 'oneens, met gelijke rangorde' genoemd.

De vierde mogelijkheid van 'oneens, met ongelijke rangorde' doet zich in het onderzoeksmateriaal niet voor.



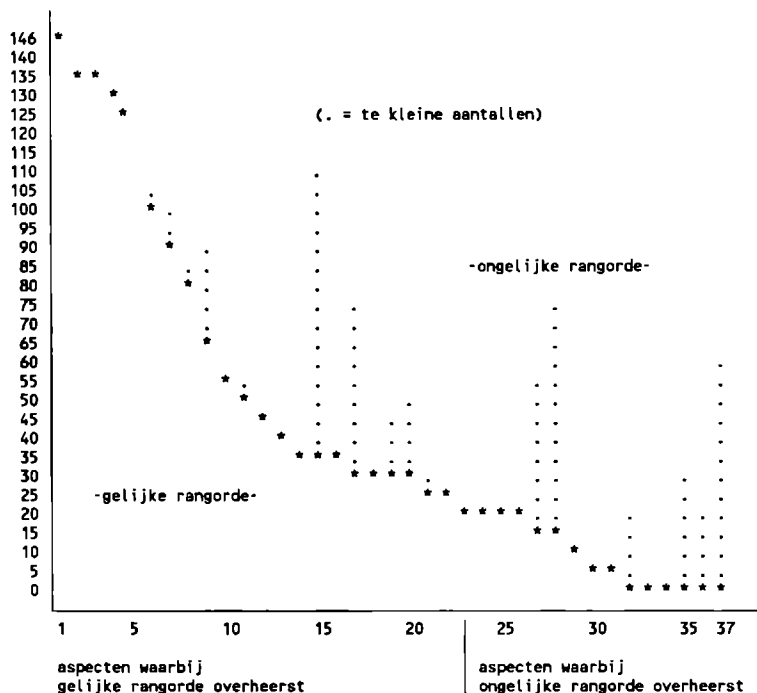


## DE RANGORDENING BIJ DE SUBGROEPEN OVER DE BEOORDEELDE ASPECTEN

### Grafiek C.1:

*Toegekende rangorde met betrekking tot de beoordeelde aspecten en 146 subgroepen*

subgroepen



Voor de onderzoeksgroep als geheel en de 146 subgroepen afzonderlijk is onderzocht of de verschillende beoordelaarsgroepen tot gelijke dan wel ongelijke rangordeningen zijn gekomen bij de beoordeling van de onderscheiden aspecten.

In grafiek C.1 is met betrekking tot de subgroepen de verdeling naar gelijke en ongelijke rangorde binnen de beoordeelde subjecten in beeld gebracht. De X-as bevat een genummerde reeks van aspecten die aan de beoordelaars zijn voorgelegd (zie hieronder). Deze reeks loopt af van aspecten waarop bij veel subgroepen 'met gelijke rangorde' is beoordeeld naar aspecten waarop bij veel subgroepen 'met ongelijke rangorde' is beoordeeld. De grafiek laat zien waar 'in gelijke rangorde' dan wel 'in ongelijke rangorde' wordt geoordeeld, als de onderzoekspopulatie wordt verdeeld in kleinere groepen met bepaalde kenmerken.

Door de dichotomisering en trichotomisering bevatten de subgroepen elk uiteraard minder gevallen dan de veertig van de gehele groep. Als in een subgroep vier of minder subjecten aanwezig zijn, is deze subgroep buiten de analyses gehouden omdat binnen te kleine groepen te grote toevalsfluctuaties kunnen optreden. In de grafiek worden deze aangeduid als 'te kleine aantallen'. Uitkomsten gebaseerd op betrekkelijk lage, maar wel acceptabele, aantallen dienen altijd met de nodige voorzichtigheid te worden gehanteerd.

*De aspecten waarbij de beoordelaars bij de subgroepen overwegend een gelijke rangorde aanleggen*

Hieronder worden de aspecten weergegeven waarop de beoordelaarsgroepen 'in orde' hun visie over de beoordeelde subjecten hebben gegeven: zij kennen binnen de subjecten allen eenzelfde rangorde toe. Dit ongeacht het feit of zij het al dan niet met elkaar eens zijn over de beantwoording van deze vragen.

De in tabel C.1 gepresenteerde volgorde geeft aan dat het eerst genoemde aspect bij alle subgroepen door de beoordelaarsgroepen met gelijke rangorde is beantwoord, terwijl dat bij de laatst genoemde nog slechts bij 26 subgroepen het geval is.

**Tabel C.1:** *Overzicht van de aspecten waarbij 'gelijke rangorde' overheerst*

- 
1. Kennis over de Van der Hoeven Kliniek.
  2. Mening over de oplegging van de terbeschikkingstelling.
  3. Oordeel over het tweede verlengingsadvies.
  4. Waardering van de beschikbaarheid van informatie in de casusbeschrijving over de oplegging van de maatregel.
  5. Oordeel over het eerste verlengingsadvies.
  6. Oordeel over de combinatie gevangenisstraf en maatregel.
  7. Oordeel over het derde verlengingsadvies.
  8. Waardering van de invloed van het onvrijwillige karakter van de maatregel.
  9. Oordeel over het al dan niet tijdens de behandeling rekening houden met de problematiek van de betrokkene.
  10. Waardering van de beschikbaarheid van informatie in de casusbeschrijving over de beëindiging van de maatregel.
  11. Schatting van de vooruitzichten bij het verlaten van de kliniek.
  12. Oordeel over het al dan niet duidelijk worden uit de beschrijving van de bedoeling van de kliniek met de behandeling.
  13. Oordeel over de bijdrage van de behandeling aan de realisering van het doel van de terbeschikkingstelling zoals door beoordelaar eerder verwoord.
  14. Oordeel over overeenkomst van beschrijving van terbeschikkingstelling met eigen voorstelling van beoordelaar.
  15. Mening over noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen tijdens verblijf in kliniek.
  16. Oordeel over vorm van beëindiging van de terbeschikkingstelling.
  17. Mening over de duur van de extramurale behandeling in relatie tot de behandelingsdoelen.
  18. Oordeel over effect van de maatregel.

19. Oordeel over manier waarop betrokkene buiten de kliniek stappen kon ondernemen op het gebied van werk, sociale contacten, vrijetijd.
20. Oordeel over de mate waarin de kliniek rekening hield met wensen en verlangens van betrokkene.
21. Mening over de inspanning van betrokkene zelf.
22. Waardering van de beschikbaarheid van informatie in de casusbeschrijving over de periode voorafgaande aan de maatregel.
23. Waardering van de beschikbaarheid van informatie in de casusbeschrijving over de periode in de behandelingskliniek.

*De aspecten waarbij de beoordelaars bij de subgroepen overwegend een ongelijke rangorde aanleggen*

Hieronder worden de aspecten weergegeven waarbij 'ongelijke rangorde' overheerst in de rangorde die de verschillende disciplines binnen de beoordeelde subjecten toekennen. Deze situatie doet zich alleen voor bij de aspecten waarover de beoordelaarsgroepen het (gemiddeld over alle subjecten) met elkaar eens zijn. De in tabel C.2 aangehouden volgorde betekent dat het eerst genoemde aspect bij 22 subgroepen nog met 'ordelijke rangorde' is beoordeeld, maar bij 124 subgroepen met 'chaotische rangorde'. Het laatst genoemde aspect is bij praktisch alle subgroepen met ongelijke rangorde beoordeeld.

**Tabel C.2: Overzicht van de aspecten bij de beantwoording waarvan 'ongelijke rangorde' overheerst**

- 
24. Oordeel over de eerste verlengingsbeschikking.
  25. Oordeel over de kans op recidive bij vertrek uit kliniek.
  26. Mening over de invloed van het onvrijwillige karakter van de maatregel en het gestructureerde kader.
  27. Mening over de duur van de intramurale behandeling in relatie tot de behandelingsdoelen.
  28. Mening over bemoeienissen van de reclassering tijdens en/of na de opname in de kliniek.
  29. Mening over voorbereiding tot proefverlof.
  30. Schatting van ernst van eventuele recidive.
  31. Oordeel over gedrag van betrokkene bij einde van de maatregel vergeleken met gedrag dat aanleiding vormde tot de maatregel.
  32. Mening over aandacht tijdens behandeling besteed aan contacten met familie en andere relaties.
  33. Oordeel over de tweede verlengingsbeschikking.
  34. Mening over het advies van het Selectie Instituut tot plaatsing in Van der Hoeven Kliniek.
  35. Mening over keuze van behandelingsactiviteiten.
  36. Oordeel over de derde verlengingsbeschikking.
  37. Mening over verloop van periode na vertrek uit de kliniek.



## VOORBEELD VAN EEN CASUSBESCHRIJVING (1)

Deze beschrijving werd aan de beoordelaars voorgelegd. Hoewel de oorspronkelijke versie reeds was geanonimiseerd, werden in onderstaande versie om redenen van privacy nog enkele gegevens veranderd.

### *Voorgeschiedenis*

Betrokkene werd geboren als vierde kind in een gezin met vijf kinderen: er waren twee broers en een zuster boven hem en een zusje onder hem. De ouders trouwden op jeugdige leeftijd 'gedwongen' met elkaar. Het huwelijksleven viel hen echter tegen en na zeven jaar scheidden zij. Ruim twee jaar later traden zij weer met elkaar in het huwelijk en nu, voor hun gevoel, uit vrije wil. De verhouding tussen de ouders leek harmonieus, waarbij moeder zich het meeste met de opvoeding bezig hield en de kinderen erg beschermende. Moeder had moeite hulp van buitenaf te aanvaarden. Vader werd beschreven als een vriendelijke man, die ogenschijnlijk niet zo zwaar aan het leven tilde en voor de kinderen meer een kameraad was dan een vader. Op 50-jarige leeftijd werd vader arbeidsongeschikt verklaard, maar schikte zich in zijn lot en trachtte door meehelpen in de huishouding en knutselen zijn tijd zinvol te besteden.

Van een echte gezinsband was maar tot op zekere hoogte sprake. De broers en zusters hadden weinig interesse in het wel en wee van elkaar. Ouders en kinderen gingen kameraadschappelijk met elkaar om. Vader was geneigd problemen die zich met betrokkene voordeden te bagatelliseren. Er werd in het gezin eigenlijk helemaal niet gepraat, noch over problemen van de betrokkene, noch over onderwerpen als meisjes, trouwen, seksualiteit.

Als baby had betrokkene last van benauwdheid. Hij groeide aanvankelijk niet goed. Na een jaar kreeg hij last van stuipen en scheelzien. Ook had hij veel driftbuien. Er werd getracht zijn 'luie' oog te corrigeren. Tegen het advies van de oogarts vonden de ouders het goed dat hij zijn bril niet droeg. Thuis werd hij de "schele" genoemd; de ouders wilde hem laten wennen aan het idee dat hij scheel keek.

Op de lagere school kon betrokkene niet zo goed meekomen. Hij werd ook snel driftig wanneer hem iets in de weg werd gelegd. Toen hij in de tweede klas bleef zitten kregen de ouders het advies hem op een buitengewone school te plaatsen, maar hij bleef op de normale lagere school. In de vierde klas bleef hij weer zitten en na het doorlopen van de vijfde klas mocht hij overstappen naar het Individueel Technisch Onderwijs, dat hij nog geen jaar volgde. Als hem iets verkeerd overkwam, liet hij meteen zien wie de sterkste was. Nadat hij van school was gestuurd ging hij in het kader van de partiële leerplicht nog twee dagen naar een vormingscentrum, waar hij het redelijk naar zijn zin had. Wel sloeg hij er gauw op los, waarmee hij door zijn kracht respect afdwong. Samen met zijn iets oudere broer die ook het vormingscentrum bezocht, ging betrokkene in de tijd dat zij niet op het centrum waren, 'crossen' in de polder en samen bromfietsen of onderdelen daarvan stelen. De ouders vroegen nooit hoe zij aan die spullen kwamen: zij dachten dat die door ruiling verkregen waren. De pogingen van de beide broers aan het werk te komen lukten niet, deels omdat zij maar drie dagen konden werken, deels omdat zij er

slordig uitzagen en zich moeilijk uitdrukten. Van hun ouders kregen zij zakgeld; vader wilde niet dat zij een uitkering kregen, want dan zouden ze helemaal geen werk zoeken.

Naar aanleiding van een poging tot diefstal van een auto en de bromfietsdiefstallen adviseerde de Raad voor de Kinderbescherming een voorwaardelijke tuchtschoolstraf. De kinderrechter legde betrokkene (op dat moment 16 jaar oud) veertien dagen voorwaardelijk arrest op. Daarna stalen hij en zijn broer weinig meer. Na verloop van tijd kreeg deze broer met wie betrokkene veel bleef optrekken een vriendinnetje, waardoor betrokkene zich meer alleen moest vermaken. Hij trok zich thuis vaak terug in zijn kamertje als er anderen op bezoek kwamen. In het bijzijn van vreemden was hij meestal erg stil en schuchter. Hij zou vaak chagrijnig geweest zijn, maar voor moeder was hij altijd aardig: deed boodschappen voor haar en droeg zware dingen.

In een zomer - betrokkene was toen bijna 17 jaar - ging hij een paar dagen met vader kamperen. Ook zijn broer met diens vriendin gingen mee, hetgeen betrokkene niet leuk vond. Tot vervelens toe zaten deze met elkaar te vrijen. Betrokkene trok zich terug, ging alleen op stap of ging vissen. Hij verkrachtte toen een 30-jarige vrouw. De politie kwam hem halen, waarbij hij zich hevig verzette. Na drie dagen bekende hij pas, waarna hij werd vrij gelaten. Toen hij voor de kinderrechter moest verschijnen werd hij tegen zijn verwachting in aangehouden en naar een jeugdhuis van bewaring overgebracht en kort daarna ter observatie naar een Rijksinrichting voor Jongens, waar hij twee maanden verbleef. Hij toonde zich angstig en depressief, had weinig zelfvertrouwen en bagatelliseerde zijn problemen. Hij schaamde zich erg voor zijn delict. De inrichting adviseerde betrokkene in een gesloten psychiatrische setting te doen plaatsen, maar hij reageerde hierop zo agressief dat de Raad voor de Kinderbescherming adviseerde vanuit de thuissituatie iets te ondernemen. Moeder en betrokkene gingen een keer naar een centrum voor psychiatrische dagbehandeling, maar dit had geen verder gevolg. Betrokkene zou volgens moeder niet verder durven gaan. Negen maanden na het delict deed de kinder-rechter uitspraak: schuldigverklaring zonder oplegging van straf.

### *Oplegging van de terbeschikkingstelling*

Betrokkene hing daarna thuis wat rond en zou zich erg verveeld hebben. Met andere jongens haalde hij katekwaad uit. Hij bracht ook wel een vriend mee naar huis, maar toen deze werk vond, trok betrokkene er weer alleen op uit. De ouders wisten niet waar hij was en wat hij uitvoerde. Uit verveling zou hij veel seksboekjes gelezen hebben, zijn ouders gooiden die uiteindelijk weg nadat zij daar - vergeefs - eerder opmerkingen over hadden gemaakt. Ook tegenover bovengenoemde vriend liet hij zich niet uit over wat hij deed.

Op een gegeven moment, hij was toen bijna 18 jaar, kwam uit dat hij in zeven maanden 18 tot 20 vrouwen en meisjes had verkracht of had gepoogd te verkrachten. Na arrestatie bekende hij. In vrijwel alle gevallen had hij geweld gebruikt door de slachtoffers (in leeftijd variërend van 16 tot 55 jaar) met kracht op de grond te gooien en vast te houden.

Na een korte plaatsing in een jeugdhuis van bewaring werd hij ter observatie overgebracht naar de Psychiatrische Observatie Kliniek, het Pieter Baan Centrum. Hier kwam men tot de conclusie dat de feiten, indien bewezen, betrokkene slechts in sterk verminderde mate konden worden toegerekend. Onderzochte moest worden beschouwd als iemand die ernstig psychisch gestoord was, zowel in de zin van een emotionele ontwikkelingsstoornis

als in de zin van een "ziekelijke ontwikkeling" in zijn gevoelsleven. Het gevaar van recidive moest zeer groot worden geacht met een grote kans op escalatie van gevaarlijkheid. Door middel van een langdurige behandeling in een strikt gesloten en beveiligd kader met sociotherapeutische en individueel-psychotherapeutische mogelijkheden zou hij over zijn psychische stoornissen kunnen heenkomen. Bovendien was niet aannemelijk dat betrokkene voor een vrijwillige behandeling te motiveren zou zijn. Men adviseerde het volwassen strafrecht toe te passen om het opleggen van een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling te kunnen realiseren. Het PBC vroeg ook aandacht voor het volgen en begeleiden van de ouders, waarbij geconstateerd werd dat er niet zozeer een gebrek aan belangstelling tussen ouders en zoon was, maar veeleer een gevoel van machteloosheid die men niet kon of durfde onder ogen te zien.

De rechtbank veroordeelde betrokkene vijf maanden na de arrestatie tot *een gevangenisstraf van negen maanden en een onvoorwaardelijke terbeschikkingstelling wegens verkrachting meermalen gepleegd*. Hij verbleef ruim een half jaar in een huis van bewaring voordat hij werd overgeplaatst naar het Selectie Instituut voor ter beschikking gestelden in Utrecht.

In het *Selectie Instituut* werd hij beschreven als een tragische figuur, infantiel verwend en tegelijk ook uit angst voor zijn agressie wat apathisch. Men vond hem normaal begaafd en meende dat met hem veel te bereiken zou zijn. Weliswaar dacht hij zelf dat het met gepaste arbeid bekeken was, maar hij had tevoren eigenlijk nooit gewerkt en had ook weinig geleerd. Ook zijn contactuele mogelijkheden zouden verder ontwikkeld moeten worden. Er waren aanwijzingen voor een organisch-cerebrale stoornis zonder dat de feitelijke oorsprong hiervan duidelijk werd. Plaatsing in een sociotherapeutische milieu met de mogelijkheid van intensieve behandeling was aangewezen. Het Selectie Instituut adviseerde betrokkene in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te plaatsen. Zelf stond hij ambivalent tegenover deze selectie. Aan de ene kant verbaasde het hem dat hij naar een kliniek gestuurd werd waar verwacht werd dat hij over zijn problemen zou praten en dat hij zou werken. Anderzijds wilde hij meer over de mogelijkheden horen.

### *Opneming in de behandelingskliniek*

Betrokkene werd zeventien maanden na de arrestatie opgenomen in de *Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. De terbeschikkingstelling was toen al een half jaar ingegaan.

In de eerste tijd in de kliniek vertoonde betrokkene, inmiddels 19 jaar, een protesthouding, die hij ook in soortgelijke situaties in inrichtingen had laten zien. Dit gedrag ging gepaard met ernstige bedreigingen, waarbij hij zich enkele malen bewapende met een mes of een stok, maar soms ook de agressie op zichzelf richtte. Als de begeleiders contact bleven zoeken, lukte het soms wel met hem in gesprek te komen. Hij bleek dan toch een aardige jongeman die ook in zichzelf erg teleurgesteld was, vol schaamte, verdrietig, wantrouwig en angstig. Tevens toonde hij meer inzicht in zichzelf en zijn situatie dan men aanvankelijk vermoedde. Hij leek ongelukkig over het verloop van zijn leven tot dan toe en wanhoopte dat hij er nooit een andere wending aan zou kunnen geven. Hij was erg gesteld op zijn familie, maar wilde niet dat die bij de behandeling zou worden betrokken. Hij vond wel dat zijn ouders hem niet zo hadden moeten verwennen.

Uit een beroepskeuze-onderzoek bleek dat betrokkene over allerlei intellectuele en praktische mogelijkheden beschikte. Hij zou zijn verstand goed kunnen gebruiken als hij

zich openstelde, maar hij kon het ook blokkeren. Na een periode van conflicten lukte het met betrokkene een behandelingsprogramma op te stellen bestaande uit diverse vormingsactiviteiten, zoals creatieve handvaardigheid, studie en sport. Aanvankelijk was hij opgenomen op de afdeling voor individuele en intensieve behandeling, omdat de begeleiders het niet verantwoord vonden hem aanstonds in een leefgroep te plaatsen vanwege zijn agressie gericht naar vrouwen. Andere redenen waren de kans op weglopen en het gevaar voor delictherhaling. Ook had men op deze afdeling meer mogelijkheden hem beter te leren kennen. Na een half jaar vond de overgang plaats naar de leefgroep. Hoewel betrokkene zich vooraf hiertegen verzette, omdat hij opzag tegen de omgang met groepsgenoten, lukte het hem redelijk zijn programma vast te houden. Toch wilde hij niet deelnemen aan een aantal activiteiten, waarvan hij naar de mening van de begeleiders zou kunnen profiteren, zoals mime, rollenspel, psychotherapie, volksdansen en creatief spel. Hoewel hij probeerde irritaties niet op te kroppen of niet uit te barsten in bedreigingen, verviel hij soms weer in dwingend en voor anderen bedreigend gedrag. Wel lukte het hem hierop terug te komen. Op eigen initiatief zocht hij in die situaties wel contact met stafleden van de afdeling waar hij het eerste half jaar verbleef. Gesprekjes met hen luchtten hem op.

Geleidelijk aan kon hij met zijn eigen groepsleiding en groepsgenoten beter praten over hetgeen hem bezighield. Hem kon structuur worden geboden door gebruik te maken van zogenaamde vorderingsschalen, een hulpmiddel met een nauwgezette scoring van de mate waarin bepaalde doelen worden bereikt. Hiermee kon hij leren zijn boosheid en agressie beter te hanteren. Hij werd zelfs vertegenwoordiger van zijn groep in het overlegorgaan van patiënten en staf. Betrokkene werd een enthousiast lid van de wandelclub van de kliniek. Ook nam hij deel aan een door de kliniek georganiseerd zeilkamp. Toen echter twee medepatiënten van dat kamp ontvluchtten en men besloot naar de kliniek terug te keren, was de teleurstelling voor betrokkene zo groot dat hij wegliep. Hij werd na enkele uren gearresteerd en teruggebracht naar de kliniek. Betrekkelijk snel hernam hij zich. Ook het contact met zijn familie werd minder oppervlakkig. Op grond van die verbeterde relatie werd het verantwoord geacht dat hij met zijn ouders af en toe de stad in kon gaan en een weekend thuis kon doorbrengen.

Aan het einde van het eerste jaar na de opname verliep de behandeling van betrokkene echter moeizamer. Hij verzuimde meer activiteiten dan voorheen en toonde een wisselvallig gedrag. Er waren voortdurend conflicten met stafleden en medepatiënten. Betrokkene was dan niet voor rede vatbaar en gedroeg zich herhaaldelijk agressief en bedreigend. Aan de verlopen naar zijn ouders en het meegaan met de wandelclub en andere activiteiten werd de voorwaarde gesteld dat hij zich zou inzetten tijdens de vormingsactiviteiten, zich niet bedreigend opstelde en eventuele conflicten vooraf zou oplossen. Het gevolg was dat betrokkene verschillende keren niet kon deelnemen aan geplande activiteiten buiten de kliniek. Toch leek dit beleid hem te steunen, maar het bleef allemaal moeizaam.

In de maandelijkse gesprekken met de familie lukte het betrokkene steeds meer te vertellen waar hij mee bezig was en welke moeilijkheden hij ondervond. Het viel dan op dat de familie de neiging had betrokkene te verdedigen en te beschermen en zijn bedreigende gedrag te bagatelliseren. Tijdens een verlof thuis, veertien maanden na de opname, kwam betrokkene tot de verkrachting van zijn jongere zuster met wie hij naar later bleek tot zijn zeventiende jaar seksuele spelletjes had gedaan en op wie hij erg gesteld



was. Aanleiding zou zijn geweest dat hij zich erg gekwetst voelde door de kritiek van vader over zijn te late thuiskomst die avond. Betrokkene vluchtte het huis uit, toen vader woedend op het gebeurde reageerde. Na enkele uren meldde hij zich weer in de kliniek. In de hierop volgende familiegesprekken kon moeder inzien dat zij haar zoon eigenlijk altijd teveel had toegegeven. Tijdens de wekelijkse bezoeken aan haar zoon in de kliniek had zij niets van hem verwacht en had nooit iets gevraagd. Er werd afgesproken hem voorlopig niet te bezoeken en het aan hem over te laten door middel van brieven iets van zich te laten horen. Met moeite voldeed betrokkene aan die eis en poogde zich ook op anderen terreinen in te zetten.

In het *eerste verlengingsadvies* - betrokkene was toen anderhalf jaar opgenomen - concludeerde de kliniek dat er over het geheel zeker een vooruitgang viel te bespeuren. Maar het ontwikkelingsproces verliep erg langzaam en met vallen en opstaan, waarbij betrokkene nog erg afhankelijk was van anderen die hem bleven bemoedigen. Zijn pogingen problemen en conflicten op een meer persoonlijke manier op te lossen lukten soms, maar strandden ook met het risico van ernstige bedreiging van anderen. Op grond daarvan achtte de kliniek een verlenging van de terbeschikkingstelling met een termijn van twee jaar noodzakelijk zodat het nog broodnodige kader voldoende gegarandeerd kon blijven. Binnen dat kader zou hij zich meer overeenkomstig zijn mogelijkheden kunnen ontplooien en zou hij een voor hemzelf en anderen meer bevredigende en persoonlijke wijze van omgang met anderen kunnen ontwikkelen.

Betrokkene was het oneens met het advies van twee jaar verlenging. De rechtbank verlengde de maatregel met twee jaar, overeenkomstig de vordering van de officier van justitie.

Na de verlenging zette het wisselende patroon zich voort, veelal afhankelijk van zijn stemmingen. Hij volgde enkele onderdelen van het studieprogramma, maar ontwikkelde zijn mogelijkheden eigenlijk onvoldoende. Met uitzondering van sport, waarbij hij leerde rekening te houden met anderen en zich te concentreren, weigerde hij aan andere vormingsactiviteiten deel te nemen. Het contact met de groepsleiding verliep soepeler doordat het hem beter lukte te overleggen in plaats van conflicten te zoeken. Geleidelijk aan werd hij in de leefgroep meer geaccepteerd na een periode waarin zijn gedrag veel irritatie opriep bij groepsgenoten. Doordat hij beter contact kreeg kon hij zijn stoere gedrag meer achterwege laten.

In de familiegesprekken kwam naar voren dat het contact met ouders, broers en zuster, steeds beter verliep: er kon meer gesproken worden over problemen en ervaringen en de ouders konden meer eisen stellen aan hun zoon. Betrokkene vond het nog wel moeilijk nieuwe contacten aan te gaan, maar hij durfde langzaam meer initiatieven te nemen.

Twee jaar na de opname poogde de staf met betrokkene afspraken te maken over een vaste regeling van zijn weekendverlof. Hij kon de gestelde voorwaarden (zich op de werkplaats in de kliniek een volwaardig werknemer tonen, conflicten oplossen, geen dreigend en schofferend gedrag, zoeken naar buitenwerk) echter niet accepteren. Toen hij daarom 'op binnen' werd gezet, dreigde hij omstanders met een mes, waarop hij afgezonderd moest worden. Dit gedrag bedreigde de realisering van een proefverlof. Ondanks een verbetering van de verstandhouding namen de conflicten ook toe. Steeds

weer bleek hij zich ook anders te kunnen gedragen, bijvoorbeeld als het problemen van anderen betrof en hij samen met staf en medepatiënten naar oplossingen zocht.

Intussen had betrokkene een relatie gekregen met een medepatiënte die inmiddels met proefverlof was gegaan. Deze vrouw had een kind van acht maanden, maar wist nog niet goed of zij met betrokkene wilde doorgaan. Ook hij was onzeker, hield contact met haar en kon met de groepsleiding bespreken over zijn moeite met deze relatie.

### *Het verlaten van de behandelingskliniek*

Nadat betrokkene drie jaar in de kliniek in behandeling was geweest concludeerde de kliniek in een voorstel naar het ministerie van Justitie dat het gedrag van betrokkene in die tijd veranderd was. Conflicten liepen niet meer zo hoog op. Hij was in staat zijn eigen rol beter onder ogen te zien en meer te overleggen met anderen. De onzekerheid en het gebrek aan eigenwaarde, die betrokkene vroeger moest verbloemen door stoer gedrag, hadden plaats gemaakt voor een groeiend vertrouwen door het ontdekken van de eigen mogelijkheden en grenzen. In tegenstelling tot vroeger kon hij makkelijker praten over zijn ervaringen, zijn delicten en zijn omgang met seksualiteit. Op basis van deze veranderingen achtte de kliniek het verantwoord betrokkene op *proefverlof* te laten gaan. Hoewel het contact met de reclasseringsambtenaar, met wie hij al enige tijd te maken had, niet vrij was van conflicten, bleek hij in staat ook bij deze na verloop van tijd terugkomen op die conflicten.

Als voorwaarden voor het ingaan van het proefverlof stelde de kliniek dat betrokkene een cursus op het gebied van beroepsonderwijs zou volgen of een vaste baan zou zoeken en dat er een goed contact met de reclassering mogelijk zou zijn. Voorts werd het van belang geacht dat de steun van anderen voor zijn verdere ontwikkeling onontbeerlijk was, dat hij met zijn begeleiders regelmatig zou praten over zijn ervaringen. Tevens vond men het belangrijk dat hij een vaste baan zou hebben, opdat hij zich niet zou vervelen en dat hij meer contact zou krijgen met leeftijdsgenoten, opdat hij niet afhankelijk bleef van het contact met zijn familie. Aan het proefverlofplan werd toegevoegd dat betrokkene te allen tijde zou kunnen terugkeren in de kliniek, als hij er niet in zou slagen voldoende steun te vinden in de contacten met familie, kennissen en reclassering.

Hoewel het ministerie van Justitie vrij spoedig de machtiging verleende om betrokkene met proefverlof te laten vertrekken, duurde het nog zes maanden voordat het proefverlof feitelijk kon ingaan. Doordat hij te weinig gebruik maakte van aangeboden hulp, kon hij pas later dan nodig was opgeroepen worden voor de keuring voor plaatsing op het Centrum voor Vakopleiding Volwassenen (CVV), waarvan het volgen een voorwaarde was.

Diverse conflicten laaiden hoog op en het was herhaaldelijk nodig pas op de plaats te maken. Betrokkene bleek te kunnen aangeven dat hij eigenlijk erg tegen het proefverlof opzag. Naast het contact met de familie lukte het nog niet erg met leeftijdsgenoten contacten te leggen. De relatie met de bevriende oud-medepatiënte liet een wisselend beeld zien: enerzijds toonde betrokkene zich bezorgd en behulpzaam, anderzijds had hij het idee door haar gebruikt te worden en gaf hij te kennen liever op eigen benen te willen staan.

Nadat betrokkene inzag dat hij teveel aan zijn leefgroep gehecht bleef en dat dit zijn voorbereiding van het proefverlof in de weg stond, besloot de staf hem op een logeerka-

mer (een kamer buiten het deel van de kliniek waarin de leefgroepen zijn gesitueerd) te plaatsen. Aanvankelijk had hij moeite met het bewaren van afstand tot de groep, maar ging later dat beter. Het wachten op plaatsing op het CVV viel hem zwaar; hij leek nog erg onzeker, lichtgeraakt en had de neiging de moed en het zelfvertrouwen te verliezen. Hij verloor zijn vertrouwen in het slagen van een proefverlof, verveelde zich en hield zich in de kliniek bezig met allerlei ongeoorloofde zaken.

In het *tweede verlengingsadvies* van de kliniek, dat geschreven werd voordat het proefverlof uiteindelijk kon worden gerealiseerd, werd dan ook gesteld dat betrokkene nog een gedegen begeleiding zou behoeven bij de voortzetting van de ontwikkeling van zijn mogelijkheden. In vergelijking met de situatie van twee jaar daarvoor was er zeker sprake van ontwikkeling geweest, getuige ook de actuele voorbereidingen van het proefverlof. Het kader van de terbeschikkingstelling zou stellig nog nodig zijn om het kader van voldoende begeleiding nog te kunnen garanderen. De staf stelde voor de maatregel met één jaar te verlengen.

De rechtbank verlengde de terbeschikkingstelling met één jaar conform de vordering van de officier van justitie.

Drieëneenhalf jaar na de opname ging betrokkene, ruim 22 jaar oud, uiteindelijk met proefverlof. Omdat plaatsing op het CVV of het vinden van werk buiten de kliniek niet op korte termijn gerealiseerd kon worden, werd hij in de gelegenheid gesteld op de werkplaats van de kliniek te werken, terwijl hij bij zijn ouders woonde. Al snel bleek hij zich niet aan de afspraken (zich opstellen als gewone werknemer, behoorlijk gedrag en dergelijke) te houden en na één maand werd hij ontslagen wegens uitermate onbehoorlijk gedrag en onvoldoende werkprestaties. Ook het contact met de reclassering verliep moeizaam. Met betrokkene en zijn familie was er onvoldoende verstandhouding over de mogelijke risico's die zijn gedrag zou kunnen opleveren bij verder afglijden naar een eenzaam gesloten bestaanswijze. Het proefverlof werd in overleg met de reclassering ingetrokken en betrokkene werd heropgenomen op de afdeling voor intensieve en individuele behandeling. Bij terugkomst in de kliniek dreigde hij aanvankelijk met geweld, zich beklagend over de situatie.

Toen er na drie weken nieuwe afspraken waren gemaakt, ging betrokkene opnieuw met proefverlof. De maand daarop herhaalde zich de situatie van intrekken en hervatten van het proefverlof. De plaatsing op het CVV werd tenslotte gerealiseerd en verliep redelijk. Ook in andere opzichten verliep het proefverlof gunstig zodat de reclassering na vijf maanden adviseerde betrokkene voorwaardelijk ontslag te verlenen uit de terbeschikkingstelling. In diezelfde tijd nam betrokkene echter ontslag, hoewel het opleidingscentrum de nodige moeite had gedaan hem te behouden. De stagnatie in de ontwikkeling leidde tot het opnieuw intrekken van het proefverlof en terugkeer in de kliniek.

Vijf weken later vond de staf het verantwoord hem weer met proefverlof te laten gaan na hernieuwde afspraken over zijn dagindeling en over contacten met de reclassering. Ook werd afgesproken dat hij met zijn ouders zou spreken als hij moeilijkheden zou ervaren. Betrokkene wilde zo spoedig mogelijk zelfstandig gaan wonen, eventueel met zijn vriendin, de eerder genoemde oud-medepatiënte, maar deze relatie was echter zo wisselvallig dat hij hier geen houvast aan kon ontleen. Ook nam hij zich voor aansluiting te vinden bij vrijetijdclubs.

Al met al was na de vorige verlengingsprocedure weer een jaar verstreken. Gezien het wisselvallige verloop van het proefverlof adviseerde de kliniek in het *derde verlengingsadvies* dan ook dat nog geruime tijd steun en bemoediging van de reclassering nodig zou zijn. Er moesten risico's van voor anderen gevaarlijk gedrag aanwezig worden geacht, als betrokkene ontmoedigd raakte, zich isoleerde van anderen en vastliep in conflicten. Op grond hiervan stelde de kliniek een verlenging van één jaar voor.

De rechtbank verlengde de maatregel met één jaar, ook weer overeenkomstig de vordering van de officier van justitie.

In de daarop volgende periode bleek betrokkene voor de reclassering een moeilijk te begeleiden man. In feite kwam betrokkene de afspraak om regelmatig met de reclassering te overleggen niet na, zeggend dat hij toch geen strafbare feiten pleegde. Duidelijk was dat hij verder niets ondernam ter uitbreiding van zijn steunpunten in de maatschappij. Een en ander was voor de reclassering aanleiding de opdracht tot ambulante begeleiding terug te geven. Het proefverlof werd weer ingetrokken, maar het werd mogelijk geacht dat betrokkene met verlof buiten de kliniek kon blijven. Na diverse gesprekken met hem en nadat gebleken was dat hij afspraken was nagekomen, zoals het regelmatig, zij het nog moeizame, contact met de reclasseringsambtenaar en met een psychotherapeute van de kliniek die hij vertrouwde, kon het verlof worden omgezet in een proefverlof. Dit gebeurde zes weken na de intrekking ervan. Ook voor praktische begeleiding zou hij bij zijn reclassering terecht kunnen.

Opnieuw bleek betrokkene zich te onttrekken aan de afspraak contact te onderhouden met de reclasseringsambtenaar. Hij verzette zich hiertegen met een zekere kracht en wilde alles laten afhangen van eigen initiatief. Wel hield hij een intensief en open contact met de psychotherapeute van de kliniek. Het leek er op dat hij een redelijke tijdsbesteding had gevonden, maar een en ander speelde zich nog in een beperkte, vertrouwde, wereld af. De kliniek sprak in het *vierde verlengingsadvies* dan ook de zorg uit dat zonder intensieve begeleiding risico's voor gevaarlijk gedrag nog aanwezig moesten worden geacht. Een verdere ontwikkeling en uitbreiding van sociale contacten werd een voorwaarde genoemd voor het verminderen van de begeleiding.

Het advies van een verlenging van de terbeschikkingstelling met één jaar werd, conform de vordering van de officier van justitie, door de rechtbank gevolgd.

### *Beëindiging van de terbeschikkingstelling*

Voor de tweede maal rapporteerde de reclassering van haar begeleidende taak ontheven te willen worden omdat er nauwelijks contact met hem was. Als men betrokkene als cliënt had zonder de wetenschap van zijn achtergronden zou men hem bij de reclassering waarschijnlijk snel afvoeren, zo stelde de reclassering. De gesprekken met de psychotherapeute, die werden gehouden op het bureau van de reclassering, werden afgerond en betrokkene werd gestimuleerd toch te proberen contact met de reclasseringsambtenaar te houden.

In de daarop volgende periode verbeterde het contact met de reclassering en werd plezieriger. Betrokkene kreeg de beschikking over en eigen woning en kwam zijn tijd goed door met allerlei klussen. De reclassering twijfelde er aan of een voortzetting van de terbeschikkingstelling zinvol zou zijn. Betrokkene wilde beëindiging en ging ermee akkoord dat de reclassering ook na het wegvallen van de maatregel nog contact met hem

bleef houden. De kliniek kwam in haar *vijfde verlengingsadvies* de conclusie dat betrokkene langzaam aan de door hem tijdens de intramurale behandeling begonnen ontwikkeling extramuraal vasthield en voortzette. Op die grond stelde de kliniek voor de terbeschikkingstelling niet te verlengen. Wel werd gewezen op het grote belang dat de reclassering nog geruime tijd op vrijwillige basis contact zou onderhouden met betrokkene.

De officier van justitie diende geen vordering tot verlenging in, zodat de terbeschikkingstelling eindigde zeven jaar na de oplegging en na een behandelingscontact van ruim zes jaar met de kliniek en de reclassering. Betrokkene was op dat moment bijna 26 jaar.

## **Straflijs**

<i>delictomschrijving</i>	<i>beslissing</i>
poging diefstal	gevoegd
diefstal in vereniging d.m.v. braak	14 dagen arrest voorwaardelijk met proeftijd van 2 jaar
aanranding c.q. verkrachting c.q. poging daartoe	schuldigverklaring zonder toepassing van straf
diefstal d.m.v. braak in vereniging	gevoegd
verkrachting meermalen gepleegd	9 maanden gevangenisstraf + TBR onvoorwaardelijk
geweldpleging c.q. vernieling (tijdens t.u.l. van TBR)	sepot: geen feiten

## **Naschrift:**

(niet ter kennis van beoordelaars)

Vijf jaar nadat de terbeschikkingstelling was geëindigd, blijkt uit het strafregister dat tegen betrokkene drie processen-verbaal zijn opgemaakt: twee wegens diefstal en één wegens mishandeling. Allen zijn geseponeerd wegens gebrek aan bewijs.

Ten tijde van het interview toont hij zich zeer tevreden met zijn situatie: hij is getrouwd, heeft een eigen woning en eigen inkomsten en allerlei bezigheden. Hij zegt tijdens de behandeling veel bereikt te hebben en tegelijkertijd zichzelf gebleven te zijn. Hij is minder tegen draad in en is rustiger geworden, zo vindt hij.



## VOORBEELD VAN EEN CASUSBESCHRIJVING (2)

Deze beschrijving werd aan de beoordelaars voorgelegd. Hoewel de oorspronkelijke versie reeds was geanonimiseerd, werden in onderstaande versie om redenen van privacy nog enkele gegevens veranderd.

### *Voorgeschiedenis*

Betrokkene werd geboren als oudste zoon in een gezin met drie zonen en een dochter. Beide ouders kwamen uit gezinnen die als zwak-sociaal functionerend werden beschouwd. Vader had een moeilijk en armoedige jeugd gehad. Totdat betrokkene 18 jaar was zou vader een zware drinker zijn geweest. Hij werd in de rapporten omschreven als een erg zenuwachtige en domme man, die zich niet meer druk maakte en aan wie de problemen van het gezin voorbij schenen te gaan. In verband met ervaringen uit de oorlogstijd werd hij arbeidsongeschikt verklaard.

Betrokkene's moeder had een fijne jeugd gehad en werd omschreven als een vriendelijke, domme, uitermate rusteloze, gejaagd nerveuze en zeer spraakzame vrouw. Zij kon de zware taak als spil in het uitermate moeilijke gezin niet aan; zij ging er in de loop van de jaren zowel geestelijk als lichamelijk aan onderdoor. Wegens overspannenheid werd zij verschillende malen in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen onder meer na het plegen van of dreigen met suïcidepogingen. Het gezin waarin betrokkene opgroeide werd in de strenge gemeenschap van de buurt nauwelijks geaccepteerd. Van een echt gezinsleven was in feite nooit sprake. De broers leefden met elkaar in onmin.

Betrokkene doubleerde de eerste klas waarna hij naar het buitengewoon lager onderwijs ging. Op school haalde hij veel kattenkwaad uit, maar werd thuis altijd het liefste en gemakkelijkste kind gevonden. Vrienden had hij niet. Toen hij 14 jaar was pleegde hij ontucht met twee meisjes van ongeveer 6 jaar. Als motief gaf hij op wel eens te hebben willen zien hoe een meisje er uit ziet. Hierna lichtte moeder hem voor. Moeder gaf aan een sterke moederbinding met betrokkene te hebben, maar hij was daar niet meer zo van gediend. Door het personeel van de BLO-school, de huisarts en de gezinsvoogd werd betrokkene gezien als een jongen met een goed karakter, die nooit last veroorzaakte, maar gemakkelijk te beïnvloeden was. Dit werd beschreven in een rapport van de Raad voor de Kinderbescherming. Betrokkene bood zijn excuses aan aan de ouders van de meisjes. Van zijn eigen ouders kreeg hij een flinke straf. Gezien het feit dat hij veel spijt betoonde, aanzienlijk veranderd was en zich volwassener ging voelen, leek de Raad voor de Kinderbescherming een herhaling niet te verwachten. Een sociaal-pedagoge verbonden aan de BLO-school, die veel contact had met het gezin, adviseerde de zaak te seponeren, hetgeen de officier van justitie inderdaad deed.

Op 16-jarige leeftijd ging betrokkene werken bij een bloemenhandel, waarvan de eigenaar uitermate tevreden over hem was. In zijn vrije tijd werkte hij bij een tuinderij. Het verdiende geld bracht hij naar de bank en hij betaalde kostgeld aan zijn moeder. In deze periode kwam hij andermaal met justitie in aanraking toen hij aangehouden werd na het plegen van onzedelijke handelingen met een zesjarig meisje: hij betastte haar tussen de benen en dwong haar zijn penis in haar mond te nemen. De ouders gaven te kennen de

verantwoordelijkheid voor betrokkene niet langer te willen dragen en spraken de wens uit hem zo spoedig mogelijk in een tehuis te plaatsen.

Mede op grond van een advies van de Raad voor de Kinderbescherming werd hij door de kinderrechtster onder toezicht gesteld. Tevens werd een uithuisplaatsing geadviseerd. Ook deze zaak werd in verband met de civielrechtelijke ondertoezichtstelling geseponeerd. Twee maanden na het recente gebeuren werd betrokkene in een kindertehuis geplaatst. Uit dit huis werd bericht dat het contact met de groepsleiding goed was. Wel toonde hij zich af en toe onzeker in het contact en praatte hij niet veel. Temidden van zijn groepsgenoten had hij nogal de neiging zich te laten gelden. Betrokkene besteedde te weinig aandacht aan zijn kleding en lichamelijke verzorging. In een psychologisch onderzoek werd opgemerkt dat hij op een zwakbegaafd niveau functioneerde en een wat primitieve puber leek. Zijn seksuele driftmatigheid leidde tot een geïsoleerd bestaan en was in zeer geringe mate controleerbaar. Hij zou wel mogelijkheden hebben een goede relatie met anderen te krijgen. In de komende labiele periode zou betrokkene een steungevende, regulerende setting nodig hebben.

Het kindertehuis was over het geheel niet ontevreden over het gedrag en de prestaties van betrokkene. Men stelde voor hem over te plaatsen naar een tehuis voor werkende jongeren, waar hij zich onder begeleiding qua werk en sociaal gedrag verder kon oriënteren. Nadat hij bijna een jaar in het tehuis had doorgebracht werd de overplaatsing gerealiseerd. In de nieuwe omgeving had hij het over het algemeen goed naar zijn zin. Hij toonde zich verantwoordelijk voor zijn werk zolang de opdrachten eenvoudig bleven. Uit het tehuis werd gerapporteerd dat men hem geen onplezierige jongen vond. De maatschappelijke spelregels moesten hem wel worden aangereikt. Omdat hij zich voor zijn niveau aardig ontwikkeld had, kon men in grote lijnen akkoord gaan met de plannen van de gezinsvoogd tot thuisplaatsing. Na een verblijf van ruim anderhalf jaar in het tehuis voor werkende jongeren keerde betrokkene, 18 jaar oud, naar het ouderlijk gezin terug.

Eenmaal thuis vloekte en tierde hij net als alle andere huisgenoten deden. Op zijn gedragingen buitenshuis was weinig of niets aan te merken. Met zijn ouders kon hij goed overweg. Hij verveelde zich echter vaak thuis. Met leeftijdsgenoten kon hij geen contact maken. Hij voelde zich het meest op zijn gemak bij kinderen tot ten hoogste 14 jaar. Betrokkene ging weer werken bij de bloemenhandel waar hij voordien ook werkte. Hij kreeg echter hevige ruzie met zijn baas en zou zo woedend zijn geweest dat hij deze bijna doodreed. Na ontslag werd hij manussje van alles in een fabriek.

Zijn vrije tijd bracht hij veel door bij een familie die hij op een voetbalveld had leren kennen. De 13-jarige dochter van deze familie ging vaak in de auto van betrokkene mee en kwam daarna vele malen met geld thuis. Op een gegeven moment wilde het meisje niet meer met betrokkene mee. Haar moeder was er van overtuigd dat er nooit onbehoorlijke dingen tussen haar dochtertje en betrokkene hadden plaats gevonden.

Betrokkene was 23 jaar toen hij een meisje in zijn auto trok. Op een stille weg dwong hij haar onder bedreiging met een mes zijn penis in haar mond te nemen, waarna hij haar terugbracht naar de plaats waar vandaan hij haar had meegenomen. Naar aanleiding van dit voorval werd een psychiatrisch rapport uitgebracht. De onderzoeker vond betrokkene een zeer nerveuze, infantiele man, functionerend op een debiel niveau. Hij stotterde erg en kon geen reden opgeven hoe hij tot het delict was gekomen. Zeker was dat hij zich ontzettend schaamde en veel berouw had. Er was sprake van een depressieve stemming, er waren geen wanen. Gesproken moest worden van extreme contactstoomissen. De



rapporteur kwam tot de conclusie dat betrokkene ten tijde van het feit waarvan hij werd verdacht lijdende was aan een gebrekkige ontwikkeling en dat hij in sterke mate verminderd toerekeningsvatbaar moest worden genoemd. Hij adviseerde ontslag van rechtsvervolging aangezien van detentie niets te verwachten zou zijn. Verplichte begeleiding door de reclassering met psychiatrische en medicamenteuze ondersteuning (ter remming van seksuele behoeftes) zou meer geschikt zijn.

De reclassering stelde in haar rapport dat betrokkene de ernst van het gebeuren niet of nauwelijks begreep. Spijt kende hij eigenlijk niet. Hij wilde wel meewerken aan een behandeling. Hij zei bang te zijn dat 'het' nog wel eens kon gebeuren als hij geen behandeling zou krijgen. Men was van mening dat deze debiele, gevoelsarme, op zijn kalenderleeftijd minstens een jaar of acht achtergebleven jongen, die niet in staat was met leeftijdsgenoten zinvolle relaties op te bouwen, niet zonder meer in vrijheid kon worden gesteld. Van een gevangenisstraf zou daarentegen waarschijnlijk een negatieve invloed te verwachten zijn. Ook van therapie verwachtte men niet veel en aan medicamenteuze behandeling in vrijheid zou hij zich waarschijnlijk onttrekken, zij het mogelijk niet opzettelijk. De reclassering adviseerde derhalve een diepgaand psychiatrisch onderzoek, bij voorkeur in de Psychiatrische Observatie Kliniek te Utrecht. Mogelijk was een behandeling in een gesloten inrichting toch wel voor een zekere tijd aangewezen met als belangrijkste doel gewinning bij te brengen aan medicamenteuze behandeling.

Betrokkene werd veroordeeld tot een gevangenisstraf van twintig weken met aftrek van preventieve hechtenis, waarvan tien weken voorwaardelijk met een proeftijd van drie jaar en begeleiding van de reclassering terzake van feitelijke aanranding van de eerbaarheid.

Voor zowel betrokkene als zijn familie was het een teleurstelling dat er geen verdere behandeling of onderzoek plaatsvond. In plaats van medicatie die driemaal per dag ingenomen moest worden, werd na overleg met huisarts en psychiater van de reclassering besloten hem elke drie weken een injectie met een ander soortgelijk middel toe te dienen. Zijn werkgever wilde hem niet meer terug. Hij werkte daarna als rijder, maar na een ongeluk met een vrachtwagen waardoor hij snel ontslagen werd, de nare bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling, de verdenking van diefstal bij zijn voormalige baas en de moeite met het terugkeren in de oude woonbuurt deden hem zijn toevlucht zoeken in overmatig drankgebruik. Door dit laatste kreeg hij een ernstig auto-ongeluk waarbij geen anderen waren betrokken. Dit speelde zich af zeven weken nadat hij uit detentie was ontslagen.

Omdat het bezit van het rijbewijs, dat betrokkene na zeven examenpogingen had gehaald, waardevol voor hem was, adviseerde de reclassering de rechtbank hem zijn rijbewijs niet te ontnemen. De politierechter veroordeelde hem tot twee weken gevangenisstraf voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar en zes maanden ontzegging van de rijbevoegdheid onvoorwaardelijk terzake van het rijden onder invloed.

Aanvankelijk meende de reclassering gedragsveranderingen in positieve zin bij betrokkene te bespeuren. Dit bleek echter van korte duur. Naast depressiviteit ontstond er ook agressie tegen zichzelf, het verlangen om dood te gaan. Mede op verzoek van de ouders werd hij in een ziekenhuis onderzocht, waar men vooral onderzoek deed naar eventueel bij hem bestaande epilepsie. De situatie thuis werd er niet beter op. Moeder en betrokkene probeerden elkaar een inrichting in te praten. Betrokkene weigerde zonder meer naar

de huisarts te gaan voor de voorgeschreven medicatie, omdat hij daarvan meende erg depressief te worden. Moeder steunde hem overigens hierin.

### *Oplegging van de terbeschikkingstelling*

Op 24-jarige leeftijd ging betrokkene op kamers wonen en vond werk. In zekere zin was hij hiermee zijn oude milieu ontvlucht omdat de buurt hem veroordeelde en nawees. Hij kon het goed vinden met de mensen bij wie hij inwoonde. Het drankgebruik nam opnieuw toe. In zijn vrije tijd werkte hij bij een voetbalclub. Hij gaf zich hier uit voor een soort jeugdleider en trainde soms kinderen. Achteraf bleek dat hij weer verschillende malen pogingen tot ontucht met kinderen ondernam. Zo dwong hij een jongetje van 8 jaar van zijn fiets te stappen en met hem in een bosje te gaan, waarna hij hem dwong zijn kleren uit te trekken. Hij duwde het jongetje met zijn buik op de grond en drukte zijn handen krachtig op de mond en de keel van het jongetje en dwong hem ontuchtige handelingen te dulden.

Twee weken later werd betrokkene op dezelfde plaats gearresteerd. Hij bekende kort daarvoor een meisje van ongeveer 10 jaar op ongeveer dezelfde wijze seksueel misbruikt te hebben. Ook gaf hij toe in zijn oude woonomgeving wel twaalf maal geprobeerd te hebben kinderen te benaderen, hetgeen meestal niet lukte. Hij gaf aan dit met kinderen gedaan te hebben omdat hij geen contact durfde te maken met volwassen vrouwen.

Dezelfde psychiater die eerder een rapport over hem had uitgebracht, bracht een nieuw rapport uit waarin hij aangaf dat betrokkene veel meer gespannen was dan het jaar daarvoor. Door stotteren was hij nauwelijks in staat te spreken. Hij was depressief, smeekte om hulp en was ten einde raad. De ware problematiek was volgens de onderzoeker niet met hem te bespreken. Grove psychiatrische afwijkingen werden niet waargenomen. De psychiater concludeerde dat betrokkene een debiele jongen was met ernstige stoornissen in zijn agressie-regulatie, zodat hij bij herhaling zou kunnen komen tot agressief-seksuele delicten. Hij was lijdende aan een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijk storing van zijn geestvermogens. Hij moest in sterke mate verminderd toerekeningsvatbaar worden geacht. Geadviseerd werd betrokkene onvoorwaardelijk ter beschikking te stellen aangezien de delicten in ernst waren toegenomen.

Uit het rapport van de reclassering kwam naar voren dat betrokkene had kunnen vertellen destijds (zie hierboven) ook de 13-jarige dochter van de leider van de voetbalclub seksueel misbruikt te hebben. Betrokkene smeekte als het ware om een behandeling. Hij was een te groot gevaar gaan vormen voor de maatschappij. Er was alle kans dat deze agressie zowel tegenover zichzelf als tegenover eventueel nieuwe slachtoffers zou toenemen en fataal zou worden. De reclassering adviseerde een onderzoek in de Psychiatrische Observatie Kliniek. Men meende dat voor alles betrokkene niet thuis hoorde in een gevangenis, maar veeleer in een kliniek.

De rechtbank achtte het rapport van de bovengenoemde psychiater onvolledig en gelastte een nader psychiatrisch onderzoek. Betrokkene werd voor drie weken ter observatie opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Hier sloot hij zich aanvankelijk slecht aan bij zijn medepatiënten, later werd hij losser. Uit het psychologisch onderzoek kwam naar voren dat hij over het geheel op grensdebiel niveau functioneerde. De persoonlijkheid maakte een vrij onevenwichtige indruk. Betrokkene beleefde vrouwen mogelijk als agressief. Er waren ook aanwijzingen voor agressiviteit. Aandacht voor zijn

stotteren leek belangrijk. Het psychiatrisch onderzoek sprak ook over een uitgesproken zwakbegaafde indruk. De pedofiele neigingen moesten als zeer riskant worden aangemerkt omdat hij in tegenstelling tot wat men vaker bij dergelijke mensen ziet tot en met de coïtus ging. Betrokkene raakte in zijn leven in een vicieuze cirkel. Hij wist dat zijn delicten verkeerd waren, maar kon meestal geen weerstand bieden aan de drang en de spanning, die periodiek op hem afkwam. De daden met kinderen waren agressief en bedreigend als de kinderen zich gingen verweren of gilden. Hij had met de bedreigingen ("Houd je kop" of "Ik vermoord je") niet de bedoeling te doden. De conclusie van het rapport luidde dat betrokkene op grond van een gebrekkige ontwikkeling en een ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens in hoge mate verminderd toerekeningsvatbaar beschouwd moest worden. Men adviseerde hem te doen opnemen in een kliniek waar in de eerste plaats aandacht geschonken kon worden aan zijn stotteren en in de tweede plaats beter gedragsregulerend kon worden opgetreden. Mogelijk was een dergelijke opname in het kader van een bijzondere voorwaarde of van een terbeschikkingstelling te realiseren.

Bij beschikking van de rechtbank werd de voorlopige hechtenis geschorst onder de voorwaarde dat hij zich gedurende de schorsing zou laten opnemen in een aangewezen psychiatrisch ziekenhuis. Na vijf dagen ontvluchtte hij hieruit omdat hij het in het huis van bewaring aangenamer vond. Hij voelde zich niet gelukkig tussen die "gekken", zoals hij het uitdrukt. Enkele dagen later werd hij weer ingesloten in het huis van bewaring. Een maand later veroordeelde de rechtbank betrokkene - bijna 25 jaar oud - tot *viij maanden gevangenisstraf en een onvoorwaardelijk terbeschikkingstelling terzake van feitelijke aanranding van de eerbaarheid.*

Opneming in het *Selectie Instituut* voor ter beschikking gestelden te Utrecht volgde vier maanden later. Hier meende men dat deze man met pedofiele delicten, bij wie een tendens tot toenemende agressie aanwezig was en bovendien sprake was van alcoholmisbruik, het best geplaatst zou kunnen worden in een kliniek, waar een langdurige, intensieve behandeling mede gezien de delictsfeer gegeven zou kunnen worden. Betrokkene gaf te kennen wel gemotiveerd te zijn voor een behandeling, die hij voornamelijk op het stotteren wilde richten. Aan de minister van Justitie werd voorgesteld hem te plaatsen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Toen hem bekend werd dat hij voor deze kliniek was geselecteerd was hij erg teleurgesteld, voornamelijk omdat hij had gehoord daar veel over zijn delicten te moeten praten in de groep. Hij liep zelfs met gedachten rond van de ring in het Selectie Instituut te springen.

#### *Opneming in de behandelingskliniek*

Na een verblijf van drie maanden in het Selectie Instituut werd hij opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Na de kennismakingsperiode werd een behandelingsprogramma opgesteld dat gericht was op de ontwikkeling van zijn intellectuele en persoonlijke mogelijkheden. Door middel van zang- en muzieklessen zou hij een begin kunnen maken met het bestrijden van het stotteren dat betrokkene als zijn grootste probleem aanduidde. Om meer als volwassen man tussen leeftijdsgenoten te kunnen functioneren zouden zowel op de werkplaats als in een sport/spelgroep oefenmogelijkheden liggen voor wat betreft het leren samenwerken, respectievelijk leren samenspelen. Voorwaarde voor het verwerven van inzicht in zijn delicten zou zijn dat hij zou leren zich uit te spreken over wat hem bezielde en dat hij zou leren beter te luisteren. Ook zou hij bij verschillende activiteiten kunnen leren hulp te accepteren, ongenoegens te bespreken, meer zelfver-

trouwen te krijgen, te relativeren en andere kanalen te vinden om zijn agressie te uiten. Betrokkene wilde zijn familie in de behandeling betrekken. Hij wilde ook het Nederlands beter beheersen en beter kunnen rekenen.

Betrokkene liet zich aanvankelijk kennen als een stille man, maar in zijn leefgroep liet hij zich al snel gelden. Temidden van zijn groepsgenoten kon hij constructief meedenken en stelling nemen, voor zover het ging over het handhaven van regels. Als het daarentegen om hemzelf ging, toonde hij een vasthoudende starheid en leek hij niet voor rede vatbaar. De meeste groepsgenoten wezen hem af omdat zij hem bazig vonden. Met anderen ontstond een strijd om de macht. Betrokkene zocht in eerste instantie bescherming bij de groepsleiding die geneigd was het voor hem op te nemen. Geleidelijk werd duidelijk dat hij steeds met anderen bezig was en zichzelf buiten schot hield. Dat deed zich niet alleen tijdens activiteiten in de leefgroep voor. Ook in zijn vrije tijd zocht betrokkene activiteiten waarbij hij kon regelen. Zo zette hij zich goed in voor anderen in het overlegorgaan van patiënten en staf in de kliniek en bij het beheer van een vrijetijdsruimte.

Na verloop van tijd werden de conflicten tussen betrokkene en zijn groepsgenoten openlijker en heftiger. Zo verweet de groep hem met reden dat hij afdwong als 'wachtlouper' 's nachts niet ingesloten te hoeven zijn. Hierop trok hij zich zeer boos terug in zelfbeklag. Na terugkeer van een zeilkamp trof hij zijn kamer onder water gespoten en deels vernield aan. In de groeps gesprekken hierover viel het hem bijzonder moeilijk over zijn gedrag in de leefgroep te praten. Intussen kwam uit dat hij verschillende voorwerpen van medepatiënten had ontvreemd. Wel kon hij zich geleidelijk aan bij dergelijke conflicten sneller herstellen dan in het begin van de opname.

In het contact met de groepsleiding kwam voortdurend zijn angst om over zijn problemen in de groep te praten naar voren. Afsproken werd dat hij zou deelnemen aan een therapiegroep om te ontdekken waardoor hij geen aansluiting kon vinden en hoe hij daar wat aan zou kunnen doen. Hoewel betrokkene te kennen had gegeven aan deze problemen te willen werken, weigerde hij na anderhalve maand verdere deelname. Hier kwam namelijk ook weer naar voren dat er steeds een of meer anderen waren die de kastanjes voor hem uit het vuur haalden, terwijl hij zelf op de achtergrond toekeek.

Betrokkene leek als het ware twee levens te leiden. Enerzijds een zichtbare, weliswaar dwingende, maar ook hulpvaardige, hardwerkende man. Anderzijds iemand die in een fantasiewereld leefde, waarin hij alleen was met zijn wensen, verlangens, seksualiteit en pornografie. Toen hij tijdens begeleiding verloven tegen de afspraak pornolectuur en alcoholische drank kocht, werd de toestemming voor verlof ingetrokken. Hierop reageerde betrokkene met onvoorspelbaar riskant gedrag en bedreigde een groepsleider met een scherp voorwerp. Hij moest voor enige tijd worden afgezonderd.

Bij de vormingsactiviteiten bleek dat betrokkene vooral de creatieve lessen verzuimde. Hij bleek hier grote weerstand tegen te hebben. Bij de overige activiteiten was er een wisselend verloop te zien, zijn deelname was over het algemeen onregelmatig en hij had korte rek. Creatief spel weigerde hij bijvoorbeeld omdat dit een groepsactiviteit was. Aan de onderwijslessen nam hij wel regelmatig deel, maar hij maakte nagenoeg geen vorderingen. Op de werkplaats toonde hij zich een goed werknemer te kunnen zijn vooral wat betreft groot of grof werk. Fijn werk maakte hem zenuwachtig. Na enige tijd kon hij

beter luisteren en nam meer aan van de begeleiders en bij conflicten legde hij zijn werk minder vaak neer dan voorheen. Maar ook op het werk probeerde hij grenzen te verleggen door onder meer regelmatig te laat te komen en de reactie daarop af te wachten.

In de beginperiode van de opname kreeg betrokkene veel bezoek van zijn familie. Hij stond ook in het gezinsleven als het ware aan het hoofd. Hij stond niet tussen zijn broers in, maar had een hechte emotionele band met zijn moeder. Dit bleek duidelijk in een therapiegroep waaraan families van verschillende patiënten deelnamen. De familie was altijd in een partijenstelsel rondom betrokkene opgenomen. Als anderen met hem in conflict waren, steunden zij hem onvoorwaardelijk. Het contact tussen zijn familieleden onderling bleek oppervlakkig en vrijblijvend van aard. Door middel van familiebijeenkomsten, tijdens welke men niet alleen gesprekken voerde maar ook gezamenlijk activiteiten deed zoals zwemmen en sporten, probeerden de begeleiders hen te stimuleren anders met elkaar om te gaan. Zo bleek betrokkene daadwerkelijk een goede steun te kunnen zijn voor zijn broer die in een gastwoning in de kliniek samen met hem een weekend doorbracht.

De eerste gesprekken met betrokkene over seksualiteit en zijn delicten waren weinig diepgaand. Hij kon op een kille feitelijke manier over zijn delicten praten en pas geleidelijk aan kon zich iets voorstellen van de gevoelens van zijn slachtoffers. Een grote angst van betrokkene was het verband van een groep over zijn delicten te praten. Hij vreesde uitgescholden te worden mede vanwege de aard van zijn vergrijpen.

Toen de kliniek anderhalf jaar na de opname de stand van zaken opmaakte in het *eerste verlengingsadvies*, concludeerde men dat betrokkene een moeizame ontwikkeling doormaakte in het verwerven van inzicht in zijn eigen gedrag en in het zoeken naar en het ontwikkelen van gedragsalternatieven. Een verdere ontwikkeling van zijn persoonlijke mogelijkheden zou noodzakelijk zijn om zich meer geaccepteerd en veiliger te kunnen voelen bij anderen en niet de situatie volledig en krampachtig te moeten beheersen. Als dit niet zou gebeuren, zou hij in wezen een eenzaam mens blijven en het risico van delicten zou blijven bestaan. Naar de mening van de staf zou deze ontwikkeling nog geruime tijd vergen. Derhalve adviseerde de kliniek de terbeschikkingstelling met een termijn van twee jaar te verlengen.

Op de vordering van de officier van justitie tot verlenging van de maatregel met twee jaar, beschikte de rechtbank conform. Betrokkene was toen ruim 26 jaar oud.

In de daarop volgende twee jaar zette de ontwikkeling zich op dezelfde moeizame wijze voort zoals beschreven was in het eerste verlengingsadvies. Lange perioden van stilstand werden afgewisseld door meer of minder hevige crises, waarbij betrokkene iets van zijn starheid kon laten varen, in beweging kwam om voorzichtig nieuwe mogelijkheden te gaan exploreren. Hierbij bleek hij nog bijna geheel afhankelijk van de grote inspanningen die het behandelingsteam zich moest getroosten om hem in beweging te brengen. Als de begeleiders hem zijn gang lieten gaan, beperkte hij zich tot die activiteiten die weinig of geen inspanning van hem vroegen; hij bezorgde het behandelingsteam dan ook geen 'last'. Integendeel, als iemand die goed zaken kon regelen en die er streng op toezag dat vooral zijn groepsgenoten de regels stipt zouden nakomen, was hij in zekere zin een steun voor de groepsleiding. Het leek er op dat betrokkene streefde naar een onwrikbaar star

evenwicht, een toestand van uiterlijke rust en orde. Maar wanneer er aan de genoemde rust werd getornd, ontstond er verstoordheid, wrevel en gegriefdheid. Een nieuw lid van het behandelingsteam werd door hem gewoonlijk een tijd lang als indringer of indringster gezien.

Het behandelingsteam verwachtte van hem dat hij het voor hem geïndiceerde activiteiten-programma zou volgen in plaats van alleen te doen wat hij al kon. Toen het team hem te verstaan gaf het onverantwoord te vinden dat hij buiten de kliniek op verlof kon, terwijl zijn ontwikkeling stilstond, reageerde betrokkene heel fel. Zijn agressieve uitingen waren voor veel stafleden en medepatiënten beangstigend. Na enige tijd ontstond er over dergelijke conflicten wel een verstandhouding in die zin dat betrokkene wat meer kon relativeren. Na verloop van tijd waren deze agressieve buien minder frequent en korter van duur.

Betrokkene volgde zijn activiteitenprogramma discontinu. Bijna elke week was er sprake van het nodige verzuim. Ook de samenwerking met docenten liet te wensen over. Op het gebied van de arbeidstraining lukte het hem zich theoretisch en praktisch verder te bekwamen. Hiervoor volgde hij onder meer een cursus Nederlandse taal voor volwassenen in een buurthuis, nadat hij in de kliniek zij het met wisselend resultaat de lessen taal en rekenen had gevolgd.

Bij meer individuele sporten zoals badminton had hij zich behoorlijk ontwikkeld, maar bij andere voor hem belangrijk geachte activiteiten zoals judo, zwemmen en spelgroep liet hij het nagenoeg geheel afweten. Ook op het gebied van de creatieve vakken bleef zijn weerstand groot. Als hij bij de lessen verscheen merkten de docenten dat hij ook wel plezier kon hebben in de activiteit in tegenstelling tot zijn houding in de beginperiode. Het leek er op dat juist het verzet van betrokkene een stukje eigen identiteit gaf, welk gedrag als een vicieuze cirkel de ontwikkeling remde. De therapiegroep waar hij destijds na anderhalve maand wegbleef, volgde hij nu enige tijd met een zekere regelmaat.

De verbeterde samenwerking tussen de familie van betrokkene en de kliniek zette zich voort. Moeder maakte zich in zoverre los van haar zoon dat zij zich niet meer tot partij liet maken bij conflicten van haar zoon met het behandelingsteam. Ook leek betrokkene emotioneel minder afhankelijk te worden van zijn moeder. Drie jaar na de opname werd het verantwoord geacht dat betrokkene tweemaal per maand met weekendverlof naar huis ging onder de voorwaarde dat hij zich voldoende zou inzetten voor zijn behandelingsprogramma.

Het contact met de groepsleiding won over het geheel genomen aan inhoud, hoewel er regelmatig sprake was van hoog oplopende en langdurige conflicten, waarbij betrokkene soms zeer onbeschoft optrad. Met een groepsleidster kon hij op een gegeven moment praten over zijn seksuele fantasieën, verlangens en behoeften, over zijn slachtoffers en zijn angst om een seksueel contact met een vrouw aan te gaan. Hij zei zich te schamen over het gewelddadige karakter van zijn fantasieën. Hoewel hij ook met andere stafleden over deze onderwerpen ging praten, hadden de gesprekken met de boven genoemde groepsleidster een emotionele kleur. Toen zij een andere functie in de kliniek kreeg, kon betrokkene dit moeilijk verwerken. Hij dreigde met weglopen en haar te verkrachten. De toestand liep zo hoog op dat hij afgezonderd moest worden om ernstig agressief geweld te voorkomen. Ook bij andere gelegenheden leidde agressief gedrag, zoals het slaan van een werkmeester met een stuk metaal tegen het been naar aanleiding van een meningsverschil.

Met zijn groepsgenoten kon hij geleidelijk aan meer persoonlijk omgaan. Hij kon zijn groepsgenoten vertellen over zijn angst om blunders te maken en in zijn gevoel steeds de mindere te zijn in het contact. Het viel op dat zijn groepsgenoten betrokkene meden en ontzagen wanneer hij met een boos of zuur gezicht rondliep, omdat hij als bedreigend en beangstigend werd ervaren.

Tot tweemaal toe begon betrokkene aan een interne cursus sociale vaardigheidstraining. Voortijdig haakte hij zonder nadere uitleg af hetgeen hem kwalijk werd genomen door medecursisten en cursusleiding. Buiten de kliniek kon betrokkene op een gegeven moment een damclub gaan bezoeken om hem in de gelegenheid te stellen zich in de maatschappij persoonlijke contacten te verwerven. Na enige tijd weigerde hij de club te bezoeken, terwijl hij het aanbod samen met een lid van het behandelingssteam met de clubleiding te praten van de hand wees. Ook wees hij het contact met een jongeman in de stad die zich bereid had verklaard regelmatig met betrokkene buiten de kliniek er op uit te trekken af, nadat dit gedurende een jaar tamelijk stroef was verlopen.

In het *tweede verlengingsadvies* concludeerde de kliniek dat uit de stand van zaken in de voorgaande periode van twee jaar bleek dat betrokkene het gedragspatroon van waaruit hij tot delicten kwam waarvoor hij ter beschikking was gesteld, nog onvoldoende kon laten varen en dat hij nog te weinig gedragsalternatieven had ontwikkeld, hoewel hij op een aantal terreinen vorderingen had gemaakt. Het risico dat dit gedragspatroon voor anderen met zich meebracht, moest dan ook aanwezig worden geacht. Geadviseerd werd de terbeschikkingstelling opnieuw met twee jaar te verlengen zodat intramurale en vervolgens extramurale begeleiding die zeker nog geruime tijd nodig zou zijn, gegarandeerd zou kunnen blijven opdat betrokkene zich verder zou kunnen ontplooiën en kon komen tot een meer persoonlijk contact met anderen.

De officier van justitie vorderde verlenging met twee jaar, de rechtbank verlengde de maatregel met een termijn van één jaar.

Het volgende jaar maakte betrokkene, zij het moeizaam en afhankelijk van de stimulans van anderen, op een aantal terreinen vorderingen. In zijn werk en bij een aantal van zijn vormingsactiviteiten kwam meer continuïteit. Het bleek dat hij in beweging kwam als de behandelaars als voorwaarde voor verlof stelden dat hij zijn behandelingsprogramma volledig zou volgen. Op deze manier kon hij ten opzichte van activiteiten waartegen hij eigenlijk veel weerstand had zeggen dat hij alleen kwam "omdat het moest". De docenten rapporteerden dat betrokkene, vooral als zij hem met de consequenties van zijn gedrag confronteerden, meer inzet vertoonde, flexibeler werd en plezier had. Ook vonden zij het prettiger met hem te werken.

De therapiegroep volgde hij in deze periode trouw. Ook vatte hij de cursus sociale vaardigheid op nadat hij deze eerder tweemaal voortijdig had afgebroken. Bij sommige lessen lichamelijke vorming, zoals badminton en judo, werd eveneens vooruitgang geconstateerd. Maar zwemmen en mime hield hij af. Bij de arbeidstraining kwam hij zover dat de staf het goedkeurde dat hij buiten de kliniek een werkgever zou zoeken. Hij schreef zich in bij een uitzendbureau en solliciteerde enkele malen, echter nog zonder resultaat. Buiten de kliniek volgde hij nog een alfabetiseringscursus Nederlandse taal, met name om zijn schrijfvaardigheid te verbeteren.

In het gedrag van betrokkene in de leefgroep waren minder ontwikkelingen van continue aard waar te nemen. Door voortdurend de baas te spelen leek hij voor de anderen te

verhullen waar zijn eigen moeiten lagen. Voor zichzelf leek hij zich hiermee een vorm van zekerheid te verschaffen.

In de omgang met zijn groepsleiding kwam het minder tot scheldpartijen en conflicten dan in het verleden. Hij sprak, zij het zeer voorzichtig en summier, met zijn groepsleiding over zijn seksuele verlangens naar kinderen, waarvan hij tevens zei dat deze er niet meer waren. Delicten zou hij immers niet meer plegen want naast de consequentie dat hij dacht weer van voren af aan te moeten beginnen leek hij te beseffen dat hij met zijn delicten anderen benadeelde. Het lukte echter nog niet meer persoonlijk met hem hierop door te gaan.

Met zijn groepsgenoten ging hij wisselend om. Twee fysiek zwakkere groepsgenoten hadden nogal eens een scheldpartij van hem te verduren en kregen zelfs slaag van hem als zij niet deden wat hij zei. Deze situaties speelden zich met name af als er geen groepsleiding in de buurt was. Toen het optreden van betrokkene de vorm van terreur aannam, werd hij voor enige tijd afgezonderd. In deze periode was het mogelijk met hem te praten over zijn optreden. Hij leek aanvankelijk niet te zien hoe hij de anderen wel zeer strenge regels stelde zonder zichzelf aan de gewone omgangsregels te houden. Na de afzonderingsfase leek zijn gedrag in de groep minder regelend en bepalend. Hij deed zijn best om niet meer de leidersrol op zich te nemen, maar hij kon zich nog niet direct anders opstellen.

De relatie met zijn familie was in dat jaar minder hecht geworden. Problemen binnen zijn familie hielden hem wel bezig. Geruime tijd had hij een relatie met een vroegere huisvriendin van zijn ouders: een gescheiden vrouw van 32 jaar met twee dochters van 8 en 10 jaar. Getracht werd dit contact zorgvuldig te begeleiden. Een probleem daarbij was dat zijn begeleiders hun zorgen niet met hem konden delen. Zijn vriendin was door betrokkene wel op de hoogte gebracht van zijn delicten. Zij hadden een kameraadschappelijke omgang. Het behandelingssteam vond het pas verantwoord dat betrokkene het oudste meisje alleen bezocht of ophaalde indien hij ook een medewerker van het instituut waar het meisje verbleef, in vertrouwen zou nemen over zijn achtergrond. Dit wees hij echter af evenals de hierbij aangeboden hulp. Hij zei dan liever de relatie met zijn vriendin te verbreken.

### *Beëindiging van de terbeschikkingstelling*

In het *derde verlengingsadvies* stelde de kliniek dat betrokkene in het voorgaande jaar op een aantal terreinen vorderingen had gemaakt. Binnen het door de kliniek geboden kader kon hij zich in een aantal situaties vrijer en veiliger bewegen. Hij durfde zich wat meer te laten kennen. In het contact met anderen leek hij zich echter ook nog vaak onveilig te voelen waarbij hij vanuit gevoelens van macht/onmacht de situatie op krampachtige wijze trachtte te beheersen zonder daarbij voldoende rekening met anderen te houden, met name wanneer deze fysiek zwakker waren dan hij en niet deden wat hij wilde. Bij het voortzetten van zijn ontwikkeling leek hij nog sterk afhankelijk van hem lang bekende anderen, zoals de begeleiders in de kliniek, die hem met de realiteit van zijn eigen verantwoordelijkheid confronteerden en hem niet lieten uitwijken.

Het verlengingsadvies eindigde met de conclusie dat het gedragspatroon van waaruit betrokkene tot delicten was gekomen terzake waarvan hij ter beschikking werd gesteld, nog onvoldoende kon laten varen. Hij beschikte daarvoor nog over te weinig gedragsalternatieven. Men diende dan ook zeker rekening te houden met risico's die dit gedrag voor



anderen met zich meebracht, juist omdat hijzelf de risico's - net als vroeger - nog niet voldoende onderkende. Derhalve adviseerde de staf de termijn van de terbeschikkingstelling met twee jaar te verlengen zodat intramurale en vervolgens zorgvuldige extramurale begeleiding, die zeker nog geruime tijd nodig zou zijn, gegarandeerd zouden blijven. Op deze wijze zou betrokkene zich meer in de omgang met anderen kunnen verdiepen en zich een andere, meer bevredigende en minder riskante, wijze van omgang kunnen eigen maken.

De rechtbank wees de vordering van de officier van justitie tot verlenging met twee jaar af, omdat "het belang van de openbare orde niet langer de verlenging bepaaldelijk vorderde". Hiermee kwam een einde aan de terbeschikkingstelling van betrokkene die op dat moment ruim 29 jaar oud was. In totaal had de maatregel vijf jaar geduurd en was betrokkene ruim vier jaar in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek opgenomen geweest.

## **Straflijs**

<i>delictomschrijving</i>	<i>beslissing</i>
ontucht met iemand < 16 jaar	sepot: jeugdige leeftijd
ontucht met iemand < 16 jaar	sepot: civielrechtelijk afgedaan
aanranding	20 weken gevangenisstraf waarvan 10 weken voorwaardelijk met proeftijd van 3 jaar (toezicht door reclassering)
dronken rijden	2 weken gevangenisstraf voorwaardelijk met proeftijd van 2 jaar + 6 maanden ontzegging rijbevoegdheid
aanranding	2 maanden gevangenisstraf + TBR onvoorwaardelijk

## **Naschrift:**

(niet ter kennis van beoordelaars)

Anderhalf jaar nadat de rechtbank de terbeschikkingstelling niet had verlengd, verkracht en vermoordt betrokkene een jong meisje. Hij wordt veroordeeld tot vijftien jaar gevangenisstraf en terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging.

In het interview toont hij zich ontevreden met zijn huidige situatie en met het vonnis. Hij wil wel weer behandeld worden maar niet het kader van een terbeschikkingstelling. Door de toenmalige behandeling denkt hij wel zich nu meer bewust te zijn van zijn problemen. Achteraf bezien, zegt hij, had ik na de contraire beëindiging van de terbeschikkingstelling destijds, contact moeten houden met de reclassering. Misschien was het dan niet fout gegaan, denkt hij.



Jan Ronald Niemantsverdriet (1946) behaalde in 1966 het diploma Gymnasium Alpha aan het Johannes Calvijn Lyceum te Rotterdam. Hij studeerde rechten aan de Rijksuniversiteit Leiden en behaalde het doctoraal examen Nederlands recht in 1971. Vervolgens was hij enige tijd werkzaam in een van de Browndale tehuisen in Canada. In 1975 legde hij, eveneens aan de Rijksuniversiteit Leiden, het doctoraal examen criminologie af. Beide doctoraal scripties hadden betrekking op het observatiehuis voor jongens "Eikenstein" te Zeist.

Vanaf 1975 is hij als staflid verbonden aan de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht, belast met juridische aangelegenheden, voorlichting en beleidsadviezen. In die hoedanigheid heeft hij zowel binnen als buiten deze kliniek geparticipeerd in diverse werkgroepen en commissies en publiceerde hij artikelen op het gebied van de forensische psychiatrie.



# STELLINGEN

behorend bij het proefschrift

**Achteraf gezien. Over het evalueren van terbeschikkingstellingen.**

door J.R. Niemantsverdriet

1. Voor verbetering van de effectiviteit en de doelmatigheid van de terbeschikkingstelling zijn systematische registratie van doelen en middelen alsmede permanent evaluatieonderzoek noodzakelijke instrumenten. (dit proefschrift)
2. De associatie van de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met uitsluitend de klinische fase doet geen recht aan het belang van de ambulante fase. Het achterwege blijven van een ambulante begeleidingsfase indiceert een ongunstige prognose. Het is wenselijk dat een terbeschikkingstelling steeds een toetsingsfase omvat waarin kan blijken of de betrokkene in staat geacht kan worden zich in de maatschappij of in een andere (semi-)murale instelling te handhaven zonder onaanvaardbare risico's. (dit proefschrift)
3. De Nederlandse Grondwet en internationale verdragen als het EVRM en het IVBPR vereisen een rechterlijke beslissing over de (rechtmatigheid van de) vrijheidsontneming van burgers. Hieraan kan de stelling worden ontleend dat de rechter eveneens betrokken dient te zijn bij beslissingen over beëindiging van de vrijheidsontneming. Mutatis mutandis geldt dit voor de beëindiging van de intramurale fase van een terbeschikkingstelling. (dit proefschrift)
4. Het opleggen van een terbeschikkingstelling aan een buitenlandse delinquent zonder verblijfstitel staat haaks op de resocialiseringsinspanningen en -mogelijkheden van de behandelingsinstellingen.
5. Een samenleving die meent dat detentie van delinquenten de veiligheid van de burgers verhoogt, gaat uit van een korte-termijn-zekerheid.
6. Een tweefasenproces in de strafrechtspleging en een multidisciplinair samengesteld rechterlijk college bieden meer ruimte voor een doel- en persoonsgerichte sanctietoepassing dan het huidige stelsel.
7. Regelgeving die gewenst gedrag belooft met materiële of immateriële voordelen is effectiever dan regelgeving die gedragsverandering tracht te bewerkstelligen door middel van sancties op ongewenst gedrag.

8. Euthanasie en hulp bij zelfdoding vereisen een continue ethische bezinning. Gewaakt moet worden tegen een ontoelaatbare grensoverschrijding waar het wilsonbekwame personen betreft en 'kwaliteit van leven' een beslissend criterium wordt. In dergelijke gevallen is een inhoudelijke toetsing noodzakelijk waarbij behalve naasten en medici ook anderen zoals een ethicus en een jurist betrokken zijn. (zie ook: J.H. Hubben in Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 17 (1993) 4, 207-213)
9. In het optreden van sommige overheden jegens burgers zijn opvallende parallellen te ontdekken met gedragingen van psychisch gestoorde delinquenten. Waar een ontoerekeningsvatbare dader verplicht kan worden tot een behandeling, zou men zich een dergelijke mogelijkheid ook wensen met betrekking tot overheden die de eigen bevolking terroriseren.
10. Volgens artikel 9 van de Paspoortwet heeft iedere Nederlander recht op een nationaal paspoort. Het beleid van de Nederlandse overheid voor het verkrijgen van een paspoort een hogere prijs te verlangen dan administratiekosten rechtvaardigen staat op gespannen voet met dat recht.
11. Het feit dat de mediarubriek Selectie van NRC Handelsblad zelden op televisieprogramma's van RTL4 attendeert in vergelijking met die van andere Nederlandstalige televisiezenders, vormt een indicatie voor de kwaliteit van de programma's van deze zender. (zie: NRC Handelsblad februari - mei 1993)



